BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

BRUGNOLI CAV. PROF. GIOVANNI — DIRETTORE

BACCHI DOTT. ALESSANDRO
BELLUZZI DOTT. CESARE
CAPURI DOTT. ANTONIO
GAMBERINI CAV. PROF. PIETRO
GIOVANINI DOTT. ANTONIO
GOLINELLI DOTT. LEOPOLDO
PILLA DOTT. GIOVANNI VICE-DIRETT.
RIZZOLI COMM. PROF. FRANCESCO
VELLA PROF. CAV. LUIGI
VERARDINI CAV. DOTT. FERDINANDO

Anno XLIII. Ser. V. Vol. XIII.

Marzo e Aprile 1872

(pubblicato il 24 Maggio 1872)

BOLOGNA
TIPI GAMBERINI E PARMEGGIANI
1872

INDICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEI FASCICOLI DI MARZO E APRILE 1872

MEMORIE ORIGINALI

Di una nuova lancetta coperta per l' innesto vaccinico animale. Nota. — Verardini *dott. cav.* Ferdinando . . . . pag. 145
Di due casi di eclampsia gravidica. Tesi. — Putti *dott.* Marcello » 164
Dell' Ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente. Saggio storico del prof. Alfonso Corradi. — (*Breve Sunto*). . . . . » 201
Progressi della Vaccinazione Animale in Bologna. Memoria. — Belluzzi *dott.* Cesare (continuazione e fine) . . . . . » 216

TRADUZIONI E RISTAMPE

Sulle variazioni di temperatura del corpo nella pneumonite primitiva acuta. — *Prof.* Lebert . . . . . » 225

RENDICONTI ACCADEMICI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Libri in dono . . . . . » 238, 239, 241, 242, 243, 247
Morte di soci . . . . . » 238, 244, 248
Nomina e promozioni di soci . . . . . » 239
Quadro delle Cariche della Società Medico-Chirurgica di Bologna per l' anno 1872 . . . . . » 240
Letture. . . . . . » 241, 242
Comunicazioni diverse . . . . . » 242
Chiusura del concorso al Premio Gajani 1870 . . . . . » 243
Ferita da arma da fuoco alla spalla sinistra, interessante l'articolazione scapolo-amerale, con successiva necrosi dei capi articolari. — Guarigione completa, con ripristinamento dei movimenti propri a quella articolazione . . . . . » 244

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. WellMOmec
Coll.
No.

MEMORIE ORIGINALI

DI UNA NUOVA LANCETTA COPERTA PER L' INNESTO VACCINICO ANIMALE. — Nota del socio res. Dott. Cav. *Ferdinando Verardini* Medico Primario nello Spedale Maggiore; letta nella Seduta del 18 Febbraio 1872 della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

> Credo potermi dispensare dal descrivere gli altri metodi d' innesto perchè troppo complicati, attenendomi sempre alla semplicità degli stromenti, alla facilità e sveltezza delle operazioni, esenti da qual si voglia apparato siccome non necessario; lasciando a qualunque ingegnoso Vaccinatore sostituirne altri per ottenere lo stesso effetto. Il metodo delle incisioni è il più penoso ed incomodo, poichè richiede tranquillità ne' bambini, apparecchio de' piumacciuoli, fasciature ec. — (Trattato di Vaccinazione di *Luigi Sacco*, pag. 124, Milano 1809).

Egregi ed Onorevoli Colleghi

Fino da quando, la mercè specialmente delle cure solerti di nostri distintissimi Colleghi (*Brugnoli*, *Belluzzi*, *Pilla*, coadiuvati dal Veterinario *Muratori*), s' instituiva fra noi la vaccinazione *animale*, e fino da quando cominciai a prendervi parte in qualità di Vaccinatore Ufficiale, notai varii inconvenienti relativi alla pratica di questa d' al-

tronde utilissima inoculazione. Se accenno quindi a qualche imperfezione nella sua parte materiale, m'auguro che niuno vi sia però, il quale supponga ch' io osteggi anche minimamente questo ch' io tengo per istrenuo e benefico aiuto della comune inoculazione vaccinica *umanizzata* e riprodotta da braccio a braccio. E in vero io stesso già fin dal Novembre 1860, partecipai, e forse primo, a questa Onorevole Società Medico-Chirurgica, ed in nome e come membro della nostra Commissione per l' innesto vaccinico *umanizzato*, che in Borgo Panigale, distante circa quattro miglia dalla Città, s' era scoperto (e rettificai il fatto insieme ai Colleghi) un caso di *cow-pox* in una giovenca tenuta nel fondo Barillari. E allora fui sollecito raccomandarne l' innesto a' vacciniferi colla mira di rafforzare appunto, e rendere più profilattica la vaccinazione *umanizzata*. Di che ne fui esaudito, e n' ebbi la compiacenza che gli innesti praticati colla materia tratta da quelle pustole riescì ad esito favorevole (1). Laonde torna ben chiaro che da lunga pezza riponeva e ripongo fiducia in quest' utilissimo mezzo di vaccinazione, e se ne rafferma il favore che gli concedo mediante la presente mia comunicazione, la quale appunto rende aperto un modo novello per attuarla e con quasi piena sicurezza del suo buon' esito.

Impertanto debbo innanzi ogni cosa, perchè ne scenda piana la ragione che m' ha indotto a tale proposta, e perchè Voi l' accogliate, onorevoli Colleghi, di grande animo, annoverarvi gli inconvenienti adunque a' quali alludo.

Viddi spesso mancare la vaccinazione *animale*, e ciò non solo nelle persone di qualche età, oppure nel fiore

---

(1) Vedi a pag. 413, Vol. 14° anno 1860 del Bullettino nostro delle Scienze Mediche.

della giovinezza, e alloraquando trattavasi di rivaccinazioni, donde taluno potrebbe affacciare il ragionevole dubbio del non regolare, o del niuno sviluppo delle pustole vacciniche, riflettendo siccome nelle accennate fattispecie, l' organismo umano tuttavia protetto dalla prima inoculazione subìta, non si potea prestare ad un' ulteriore svolgimento di esse pustole pel nuovo innesto, locchè in parte può esser vero. Ma bilanciando siccome abbia osservato buon novero di fanciullini e di poppanti, non per anco vaccinati, ne' quali l' innesto *animale* non attecchì, e quindi non ci aveva a che fare la presupposta preservazione or ora toccata dell'antico innesto, mentre non vi erano per anco stati sottoposti; e valutando all'incontrario quanto mi venne fatto osservar pure che un numero non iscarso d'adolescenti già vaccinati, e con profitto, ne' primi loro mesi di vita, onde più vicini all' effetto della garantigia offerta loro dall' innesto da braccio a braccio, in essi la rivaccinazione con materia *animale*, raggiunse ottimo risultamento, e le pustole si svolsero colla massima regolarità e procedettero di pari modo ne' varii periodi, fino alla totale caduta delle croste; per ciò tutto, e per quanto seguirà, stimai e stimo fondato il dubbio che de' lamentati insuccessi debba esservi qualche altra cagione.

Posi mente eziandio, e m' incorrerà ripeterlo più oltre, che spesso nei rivaccinati senza frutto con sostanza vaccinica *animale*, sottoposti dopo breve lasso di tempo, alla comune inoculazione od alla *umanizzata*, praticata da braccio a braccio, si presentarono bellissime pustole e successero sino alla fine dell' eruzione loro felicissimamente. Tenni a calcolo ancora l' avversione più o meno considerabile che in ispecie le donne addimostrano alla vista della larga e tagliente lama che deve ad esse scalfire la cute delle braccia; nè mi sfuggì il rossore pudico di giovinette e di matrone che appariva sul volto loro, mentre

erano obbligate a denudarle allo scopo di praticarvi col metodo fin quì usato, o il napoletano, l'*inoculazione animale*; e valutai la noia ed il disgusto che provavano a dovere, per mezz' ora in media, tenerle scoperte, affinchè la sovrapposta materia alle piccole ferite assuma la necessaria adesione, e si coaguli quel po' di sangue che n' esce e così l'operazione corra con maggiore probabilità a buon termine, e ciò tanto più ne' bambini per la difficoltà di tenerli fermi; noia e disgusto condivisi sì bene col sesso maschile, forse solo mitigato in taluno dalla scena alcune volte non ispiacevole che loro si para dinanzi.

Inoltre considerai al possibile danno della fredda impressione delle parti denudate, e massime se d' inverno si avesse, e s' ebbe e si ha, influenza dell' arabo vaiuolo; chè il freddo sentito può addivenire cagione di malattie, ed alterare il primo periodo dell' innesto; e di più sendo ben noto che il lasciare alcun tempo la materia vaccinica soggetta all' aria ambiente, fa sì che perda di sua virtù. Danni e pericoli che ben di rado s' incontrano per l' innesto da braccio a braccio usato coll' ago scannellato; posciacchè la linfa viene insinuata sotto la cuticola, e così rimane esente dal contatto de' corpi esterni, e dove fu depositata sta. Fermatomi su questo punto, non mi parve andar lungi dal vero sospettando che dovesse essere incolpato anco il metodo de' frequenti insuccessi delle vaccinazioni e delle rivaccinazioni animali, ossia dalla qualità dell' istrumento posto in atto; il quale fra noi, e credo in quasi tutta Italia, consiste dunque nella lancetta comune, ossivero nell' arrotondata al suo estremo e assai tagliente anche da' lati, prescelta dalla Scuola di Napoli per iscalfire la pelle, e poscia per adattarvi sopra, mediante altro istrumento analogo, ma ottuso, chiamato *raschietto*, la materia *animale*. Laonde mi doman-

dai, non potrebbesi mo adunque adoperare l' ago stesso scannellato per innestare tuttavia la materia *vaccinica animale*? Ognuno sa che questa è densa non poco, e sa pure che la più scorrevole viene stimata dai migliori pratici meno efficace, od anche inefficace a buona riuscita; dal che la poca opportunità di servirsi dell' ago comune. E non vi sarebbe via a costruire altro ingegno meccanico, il quale valesse a contenere quella sostanza, o quel *detrito* ricavato dalla pustola della giovenca, e con intendimento di farlo penetrare con facilità, e con facilità deporlo sotto la cuticola? *hoc opus, hic labor*; e allorquando m' era già formato nella mente il concetto, e stava per comunicarlo ad un meccanico che l' attuasse, mi venne sott' occhi nel fascicolo dell' ultimo passato Dicembre, pag. 334, del Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle, compilato dal ch. *Sorresina*, che era stato composto un' *inoculatore a lancia*, il quale, come lo asserisce l' esimio collega *Dell' Acqua* nel suo erudito lavoro intorno la vaccinazione *animale*, è posto *talvolta* in uso da quell' onorevolissimo Comitato. Dico talvolta, perchè così si esprime rispetto alla inoculazione degli umani e cioè « che riesce meglio se la vaccinazione è praticata mediante incisione (la lancetta comune o l' inoculatore a lancia del Comitato) anzi che coll' ago ordinario da vaccino; tanto più se si tratta di vaccinazioni pubbliche ec. ». Procuratomi l' inoculatore or detto per cortesia del distintissimo e mio pregiato amico, il Dott. *Ercole Moroni*, debbo dire avervi ravvisato in esso puramente una lancetta comune a cui si era dato la forma a dardo; ma siccome è solo la punta che si adopera, sono di credere tanto valga a servirsene d' una qualunque, siccome lascia intravvedere lo stesso *Dell'*

Acqua (1). Laonde non iscorgendo minimamente vinta la mia idea, o quella di avere un mezzo non di scalfire la pelle, ma d' introdurre la materia vaccinica animale sotto la cuticola, e in modo che non venga facilmente asportata, mi recai dall' intelligente giovane meccanico, *Ippolito Dalvit*, il quale tiene sua officina nella Seliciata di Strada Maggiore, quasi all' angolo della Via S. Vitale, e comunicatogli il mio divisamento, lo accolse, e insieme combinammo l' istrumento che quello è, onorevoli Colleghi, ch' oggi Vi presento, e tanto più volentieri per la fiducia che siate per trovarvi i mezzi preparati al fine. Come vedete, e come risulta dai disegni al naturale che unisco a questa mia Nota (fattura in legno del chiarissimo Prof. *Ratti*), affinchè sia conosciuto a chi non l' abbia sott' occhi, si compone di due parti in acciaio, una all' altra sovrapposte, a guisa d' assomigliare esso pure ad una piccola, sottile e stretta lancettina, raccomandata ad un doppio manico in tartaruga, o in osso, a foggia delle ordinarie

——

(1) Ad istorica illustrazione stimo rammentare che a forme eguali di questo inoculatore vedesi disegnata una lancetta da inoculazione pegli animali a pag. 112 nell' opera dell' *Hering* — corso di operazioni di chirurgia veterinaria, tradotta dall' egregio *Bassi*; Torino 1867 — ove è pure copiato al medesimo scopo l' ago di *Sich*, quello del *Pessina*, e lo strumento di *Sticker*. Nell' opera poi del *Corvini*, premiatagli dall' Istituto Lombardo, Milano 1856, a pag. 12, si allude ad un ago scannellato, provveduto di coperta mobile, e usato dall' esimio Veterinario *Fiorenzo De-Capitani*, nè altro sen dice. Cose tutte le quali mostrano quanto studio sia stato posto dai pratici a trovare un buon mezzo per lo innesto, in generale, e quanto possa tornare acconcio d' imitarli. E n' abbiamo esempi anche per la vaccinazione nella specie umana ricordandone l' ago del *Falconi*, del *Calosi*, del *Bertozzi*, ec.

(vedi fig. 1). La laminetta superiore, o la più corta scorre sulla inferiore per incastro, e abbassandola ne lascia libero e scoperto l' estremo di quest' ultima, la quale termina dolcemente in un piccolo incavo a maniera di cucchiaio a punta smussa; concavità che consente vi si deponga quanto basta di *detrito* vaccinico *animale*, da innestarsi sotto la cuticola. (v. fig. 2).

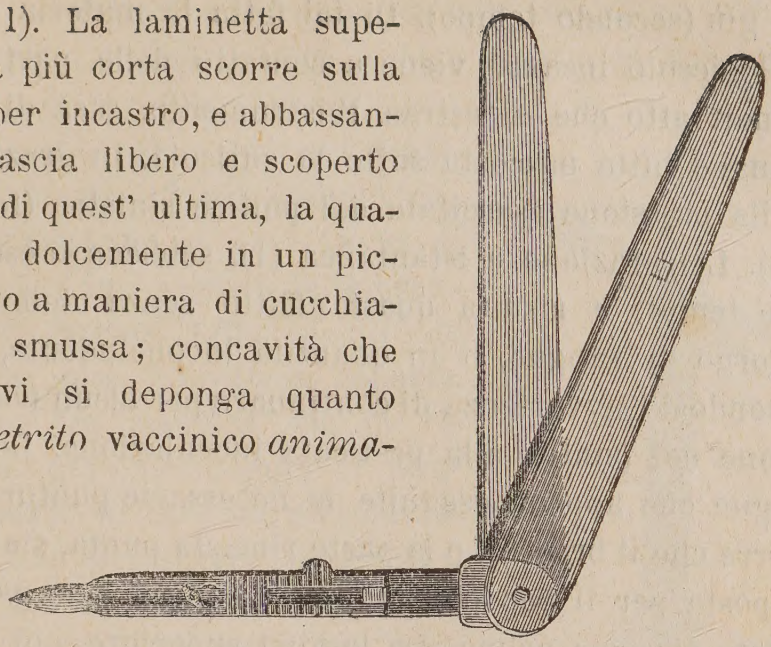

Fig. 1 — Lancettina chiusa

Così apparecchiata, si spinge innanzi la laminetta superiore, ch' è piana, ben aguzza alla sua estremità, e che ricuopre perfettamente la sottostante ed anzi un po' la sorpassa, onde ne viene l' apparenza che ne dissi d' una comune lancettina. Presala colla destra mano, e similmente come si usa a praticare un salasso, se ne insinua orizzontalmente l'acuto e bene affilato tagliente estremo sotto la cuticola, e col pollice della sinistra allora si preme sulla piccolissima porzione insinuata (primo tempo); poscia col pollice destro collocato sulle addentellature che trovansi in basso di questa laminetta scorritrice, rimanendo l' altro fermo, la si ritira

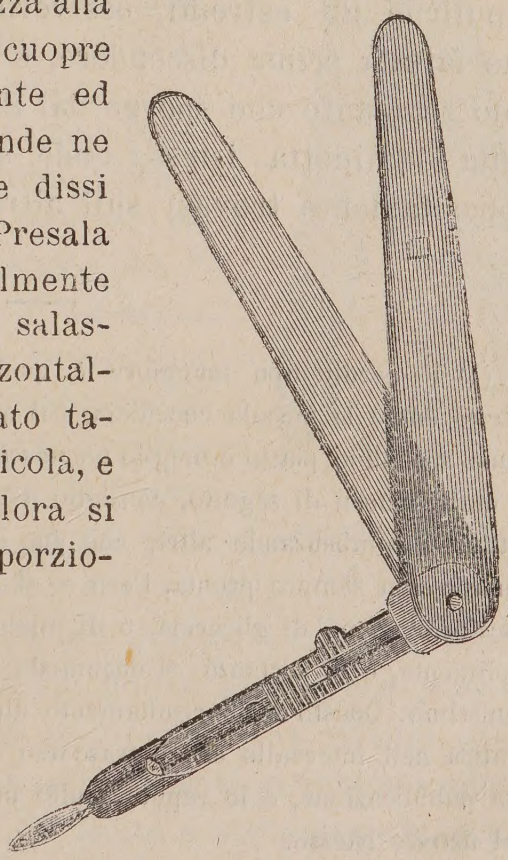

Fig. 2 — Lancettina aperta

in giù (secondo tempo). Di tal fatta la materia contenuta nel piccolo incavo, viene a contatto delle parti interne, e nell' atto che si estrae l' istrumento, essa di necessità rimane tutta nascosta sotto la cuticola, in grazia sempre della pressione esercitata dal pollice sinistro (terzo tempo). L'operazione è istantanea (1), sebbene si eseguisca in tre tempi, e risulta quasi affatto senza dolore, non dà sgorgo di sangue, o in quantità inconcludente, massime avendosi l'avvertenza di continuare per alcun poco la pressione nel punto della praticata inoculazione. Dopo ciò ne segue che appena eseguite le necessarie punture, non occorre che il braccio, o la parte rimasta punta, sia da tenersi esposta per il ben che minimo tempo, e può essere ricoperta siccome prima. La lamina superiore poi della mia piccola lancetta, avverto che può scostarsi, o anche levarsi del tutto dalla sottostante assai facilmente, e ciò a pulirne gli estremi, ossivero a smontarla se occorra; chè fattala prima discendere, e allora innalzato un piccolo segmento che sporge dal destro lato, e che fa parte della laminetta istessa onde sorpassi un rialzino che appositamente trovasi sull' altra, o quella che termina a

---

(1) Il perditempo maggiore è quello relativo all' adattamento del *detrito* entro la piccola cucchiaia, pel quale occorre adoperare l'estremo d'uno specillino piatto o meglio un *raschietto*. Avendosi quindi da eseguire molti innesti di seguito, consiglio d'averne due almeno delle mie lancettine, incombenzando altri, che può essere un' individuo qualunque, a tenerne una sempre pronta. Però se si ha l' avvertenza di unire al *detrito vaccinico* un po' di glicerina, o di miele, allora si fa assai più presto e facilmente, e la sostanza si accomoda così entro la piccola cucchiaia benissimo. Questo è un risultamento ulteriore che ho potuto verificare in pratica nell' intervallo che è trascorso dalla lettura del mio scritto alla sua pubblicazione, e lo reputo molto utile anche a maggiore risparmio del *detrito* istesso.

modo di cucchiaio, e tiratala di lato un poco, restano così libere, a simiglianza di forbice aperta, le due estremità (vedi fig. 3). Allontanandola poi vieppiù arriva ad escire dal superiore bottoncino fissato sulla laminetta sottostante, e così la si etrae fuori, quasi a guisa delle branche di un forcipe. Affinchè, dirò da ultimo, la mia lancettina coperta, stia ferma tra manichi che la ricuoprono, giudiziosamente il meccanico pensò di fare un piccolo incavo in uno di essi, per adattarvi il bottone già da me notato, e in tale maniera resta assicurata per bene.

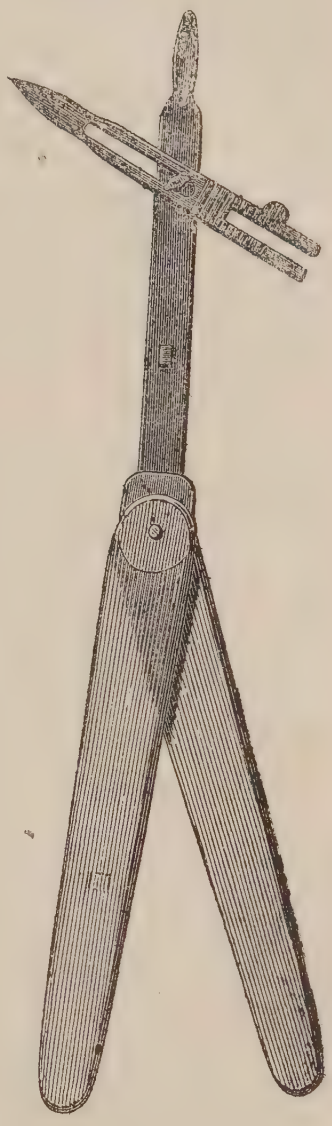

Fig. 3
Lancettina divaricata

Nullameno che per le esposte cose ognuno di Voi, almeno lo spero, debba essere disposto ad ammettere la buona riuscita e l' utile che può arrecare in pratica per lo innesto del *detrito vaccinico animale* la mia lancettina, pure a facilitarmi il suffragio Vostro, mi gode l' animo farvi a sapere che l' esperienza non mi si è mostrata contraria. Sono pochi, è vero, i casi ne' quali usai il mio meccanismo in quanto che ho bramato darvene immediata comunicazione; dichiaro tuttavia che ne avrei avuto per bastevole anche uno solo; mentre non mi proposi già di provare l'attecchimento dell' innesto vaccinico suddetto, ma di far conoscere che col nuovo mezzo che propongo, reputo si ottenga meglio lo intento, e si evitino gli inconvenienti da me accennati inerenti al metodo adottato anche da noi, e ne sia più facile e sbrigativa la pratica.

Dirò impertanto che ne feci saggio dapprima all'Ospedale sul cadavere, insieme all'egregio mio Assistente Sig. Dott. *Luigi Monetti*, giovane di belle doti fornito, che in adesso meco condivide il delicato e grave incarico di curare e di assistere nel Lazzaretto i vaiuolosi, e trovammo che la nuova lancettina penetrava con tutta facilità sotto la cuticola, senze arrecare le benchè minime lacerazioni, e vi lasciava depositata una sostanza bluastra che avevamo posta nel suo incavo.

Il giorno 11 poi del corrente mese me ne servii per la vaccinazione animale nella nostra Sala, e presente il distinto collega e mio carissimo amico, il Dott. *Carlo Soverini*, f. f. di Conservatore del vaccino; *rivaccinai*, si noti bene, la Clemente e la Celeste Lambertini, non che la Giuseppina Grandi. Nelle due prime l' innesto prese, ma le pustole non si svilupparono bene; e nella terza, due di esse si svolsero con tutta regola. Accennai già non essere raro che nelle rivaccinazioni, in ispecie, il successo riesca infelice: riconfermo ora la cosa e il ragionevole dubbio che una gran parte di colpa ne debba avere il metodo usato; il quale non permette che la materia stia copertamente sotto la cuticola, ma solo depositata sulla superficie delle piccole ferite e quindi facilmente e spesso trasportata dal più che lieve attrito de' panni. E che questa sia proprio una delle probabili cause del niuno esito in analoghi casi, lo dedurrei ancora dall'aver veduto nella mia pratica vaccinica, varie volte riuscire l' *innesto umanizzato* da braccio a braccio colla linfa vaccinica innestata mediante il comune ago, in chi poco innanzi era stato assoggettato alla *vaccinazione animale* od alla rivaccinazione colla lancetta arrotondata e colle regole di cui diedi conto. I fatti poi i quali ho comunicati furono ieri stesso (18 Febbraio) chiariti dal lodato Dott. *Soverini*, e dall' ottimo Cav. *Canuti*, Conservatore del vaccino, e da

varii altri presenti in quella Seduta. Ed affinchè ne potessi avere degli ulteriori, e perchè questi pregiatissimi colleghi apprezzarono non poco il nuovo mezzo da me proposto ed adoperato, vollero cortesemente che colla mia lancettina praticassi la vaccinazione animale ad altri soggetti che si erano presentati a ciò in questa Seduta, e così verificare subito co' proprii occhi la facilità e la sicurezza dell' operazione, il niun dolore addimostrato da chi la subisce, e la niuna perdita di sangue, e vederne poi gli effetti (1). Mi offrirono tuttavia d' innestare

---

(1) A detta del Direttore della Maternità i due scarni e mingherlini bambinelli degli Esposti che inoculai, ebbero l' uno una sola pustola, l' altro due, e tutte poi di dubbia apparenza e forse spurie.

In quanto al terzo innesto ecco quanto me ne scrive il *Soverini* « ho la compiacenza di potervi oggi, 25 Febbraio 1872, partecipare che la bambina Ugolini Luigia, di mesi cinque, nata e domiciliata in questa città, Pugliole di S. Elena N. 956, innestata col vaccino animale il 18 corrente, mediante la nuova lancettina coperta di Vostra invenzione, con quattro innesti, due per braccio, ha presentato oggi stesso belle pustole vacciniche in tre de' suddetti quattro fori; il che è stato verificato non solo da me, ma eziandio dal R. Conservatore del Vaccino, Sig. Dott. Cav. *Canuti*, e da quasi tutti i Vaccinatori d' Ufficio che si trovavano presenti nella Sala. » — E dal medesimo collega ebbi ancora in iscritto in data 16 Marzo quanto riporto e cioè:

« È stato per me molto soddisfacente l' avere anche verificato oggi stesso (16 Marzo) l'esito favorevole dell'innesto vaccinico *animale* da Voi praticato, colla lancettina di Vostra invenzione il 9 corrente nei seguenti bambini — Lena Alberto di giorni 51, figlio del vivo Sig. Ginseppe, impiegato alla Stazione ferroviaria, abitante in Piazza d' Armi, nel quale ho riscontrato tre belle pustole vacciniche; altrettante, e regolarissime, in Locatelli Nullo, di mesi 7, del Sig. Giuseppe, altro impiegato nelle ferrovie, ed abitante in Via Toresotto Piella; e finalmente quattro magnifiche sviluppatesi in Serra Ferdinando, di 4 mesi, di Valerio, carrozziere, abitante in Via Bertiera scoperta. — E le cose non potevano accadere diversamente, avendo il Vostro ingegnosissimo istrumento tutti quanti i requisiti necessari, a mio parere, per una buona riescita. »

con varie punture la giovenca che dovea servire nella veniente settimana alle ulteriori vaccinazioni o rivaccinazioni *animali*, onde istudiarne anche su questa le conseguenze. E così fu, e ne praticai sei inoculazioni alla parte alta e posteriore dell' ubero della giovenca (e molte dopo furonvi innestate col metodo solito, ossia coi tagli, dal Veterinario Sig. *Muratori*) e l' atto operatorio per sè riescì benissimo, in quanto che la materia rimase tutta insinuata sotto la cuticola e s' ebbe lievissima perdita di sangue; dond' è a ritenersi che pur quì dovrebbero attecchire e svolgersi le pustole; le quali, a mia mente, le spererei più regolari e arrotondate. In ogni modo porgerò contezza dell' esito qualsiasi mediante alcune parole d' aggiunta a questa mia Nota (1). E perchè appunto è

——

(1) Le pustole arrivate con regolare isvolgimento sino alla quinta giornata, dopo s' infiammarono e diedero luogo a piccoli ascessi marciosi. La ragione di questo risultamento la troverei nell' aver io troppo internata la lancettina nell' ubero, e così destata una irritazione locale flogistica. Ciò stesso accade anche negli umani e non isfuggì a quel filantropo e sapientissimo Uomo che fu il *Sacco*. (Vedi la sua Opera pag. 115). Delle altre pustole inoculate nell' ubero col metodo usato, alquante mancarono, e le apparse erano poco rigogliose. La nuova pratica occorrerà ripeterla; e, usate le debite cautele, ritengo sarà seguita da fausto effetto, non essendovi valevoli ragioni ad escludernelo.

E ben m' apposi mentre delle dieci inoculazioni che praticai in altra vitella il 23 Marzo, colla mia lancettina, nove pustole si svilupparono assai bene, e con forme regolarissime; in ogni modo ho però stabilito di fare eseguire altra lancetta a proporzioni assai maggiori, ma collo stesso meccanismo, da valersene per lo innesto nella giovenca, atteso alla non piccola resistenza che offre la cute dell' animale, ed anche perchè le pustole riescano più grandi e quindi diano copia più abbondevole di materia. — Nondimeno ecco quanto, pur del fatto allegato me ne scrive il collega Dott. *Soverini* in data 30 Marzo — « Mi è carissimo di potervi notificare che nella vitella che ha servito jeri, nella Seduta

tale, e per bastare a Voi il poco per molto sì da non occorrervi altre disamine a vieppiù persuaderne della possibile utilità da me veduta nella mia proposta, ho toccato di sfuggita le cose spostevi; vedremo se in massima generale i fatti risponderanno al desiderio mio, il quale come sempre, tende a raggiungere i migliori scientifico-pratici risultamenti. Mi permetto quindi tuttavia le seguenti considerazioni sulla mia lancettina, la quale a Voi tutti raccomando; mentre l'idea in genere che rappresenta parmi e dirò anzi francamente è giustissima, consentanea alle più trite leggi della meccanica, e in particolare maniera la raccomando ai miei egregi colleghi della Commissione vaccinica, che prego poi ad accennarmene, per toglierli, i difetti che fossero per riscontrarvi nell' usarne, affinchè possa riuscire ognora più profittevole, e così a tutti i Comitati di Vaccinazione animale di nostra bella Penisola. E non tanto a quell' innesto, aggiungerei, sì bene ancora per introdurre con prontezza e sicuramente

---

pubblica di vaccinazione animale gratuita, le *dieci insizioni* fattele da Voi col vostro metodo in una parte dell' uvero, hanno conseguito un' esito favorevolissimo, essendo comparse *nove* belle pustole orbicolari, ombellicate, *veramente tipiche*; e aggiungo che eguale fu pure il successo degli innesti praticati collo stesso Vostro istrumento nel medesimo predetto giorno alla Tinti Virginia Ved. Carati d' anni 35, non mai vaccinata (N. 109 di registro); mentre da quattro punture sonosi avute tre pustole vacciniche d' ottima qualità. Tutto ciò fu verificato anche dai Vaccinatori d' Ufficio, e da vari altri egregi Medici che trovavansi presenti alla prefata Seduta. Eccovi pertanto una novella prova della buona riuscita della Vostra lancettina coperta, con cui usando il *detrito* animale si possono attuare con tutta facilità e sicurezza vere pustole vacciniche di figura orbicolari, non diverse da quelle che si hanno adoperando il comune ago scannellato, ma carico di *linfa* vaccinica.

Colgo ec. »

nell' organismo, medicamenti opportuni alla terapeutica di varie malattie, e a confermarne l' utilità riconosciuta in casi di tetano, di febbri perniciose gravissime, di affezioni veneree, di dolori nevralgici pertinaci ed acutissimi, d' ischialgia e via via; come forse ancora per esperienze sopra animali viventi (1). E queste particolarità

---

(1) In relazione a questi miei desiderii m' è carissimo trascrivere le lettere che mi diressero i ch. colleghi ed amici prof. cav. *Luigi Vella* e prof. cav. *Francesco Selmi*, dalle quali se ne deduce che proprio i buoni effetti sperati, sono ora una bella e proficua realtà.

Laboratorio di fisiologia della R. Università di Bologna
addì 5 Marzo 1872

Caro Verardini

Scusatemi il tardo riscontro al cortese Vostro invito di ragguagliarvi sull' esito che avrebbero avuto le prove fatte coll' ingegnosa Vostra *lancettina coperta* per gli innesti sugli animali viventi. Oltre i primi tentativi ai quali avete Voi pure assistito, io ne feci parecchi altri, ed ecco di che mi sono persuaso. Quando si tratti d' ottenere un lento assorbimento, e si voglia sostenere l' azione di una sostanza medicamentosa, senza essere obbligati di ricorrere a frequenti e ripetute introduzioni sotto-cutanee, come sarebbe ad esempio collo schizzetto del *Pravaz*, credo sia molto opportuno il Vostro istrumentino.

Negli esperimenti ch' io ho fatto mi sono servito del *curaro*, appunto perchè occorre di protrarre l' azione a lungo per combattere gli accessi convulsivi ed impedire il ritorno de' nuovi, come accade nella cura da me proposta e già da molti seguita del *tetano* e di altre *neurosi*. Or bene, il *curaro* rammollito con acqua e posto nella cucchiaina della Vostra lancetta, ridotta ora a minime proporzioni, può agevolmente essere portato sotto la pelle, e per lo stato fisico (consistenza estrattiva) in cui è ridotto, l' assorbimento ha luogo con estrema lentezza. Con ciò si evita il grave pericolo (pel suo accumularsi nel sangue, e con ineguale proporzione eliminato mercè la via dell'urina), di produrre effetti tossici, neppure superabili colla respirazione artificiale, che in simili casi si mette in opera onde dar tempo all' espulsione del veleno nell' indicato modo.

debbono ben essere avute in gran conto, posta la debita attenzione ai favorevoli risultamenti che la mercè il me-

---

Credo che si possa estendere l' applicazione della Vostra lancettina massime per tutte quelle sostanze riducibili a consistenza d'*estratti recenti* colla semplice aggiunta di acqua, od anche (come fecimo insieme colla *stricnina* nelle prove innanzi ricordate) con *glucosio* o con *miele*.

Infine codesto grazioso Vostro istrumento offre ancora sugli aghi comuni, e lancette, un altro vantaggio negli esperimenti sugli animali, e cioè che rimanendo chiusa nella cucchiaina la sostanza che si adopera, non può in alcun modo disperdersi passando tra i peli di che è vestita la pelle sotto la quale deve la medesima penetrare. E questo è appunto quanto ho osservato in tre conigli ed in un cane sacrificati alle mie ricerche.

Non mi dilungo di più nella speranza che questi cenni Vi bastino per comporre la noterella che volete apporre alla Vostra Memoria. Che se Vi occorresse altro, ditemelo liberamente. — Addio.

Tutto Vostro Collega ed Amico
L. Vella

Cavaliere Pregiatissimo

Testimonio delle esperienze de Voi eseguite su conigli nel Laboratorio della mia Scuola, per verificare se la lancettina di Vostra invenzione possa anche servire all' innesto sottocutaneo di sostanze venefiche, le quali nell' assorbimento producono effetti fisiologici più o meno gravi, posso raffermarvi per iscritto quanto vidi e vi replicai a voce, cioè:

1° Che inoculato in un coniglio, cianuro di potassio in polvere, e nella dose di circa 9 centigrammi, l' animale ne sofferse in modo evidente, rimanendo semivivo per alcune ore.

2° Che inoculati in altro coniglio, da 1 a 2 centigrammi di solfato di stricnina, se n' ebbero contrassegni fortissimi di avvelenamento, accompagnati da convulsioni tetaniche, le quali si replicarono interpolatamente nella giornata, e che poi diminuendo lasciarono vivo l' animale.

Mi congratulo seco Voi del nuovo strumento che può giovare in non pochi casi per utili ricerche, e mi confermo colla debita stima

Bologna 4 Aprile 1872

Dev. Aff. Collega
F. Selmi

todo ipodermico ogni buon cultore di pratica medicina ha veduto conseguitarvi, e in ispecie tenuto calcolo delle belle osservazioni pubblicate, per tacer d' altri non pochi, dal ch. amico Prof. Cav. *Luigi Vella*, sapientissimo collega nostro, e che promise fornircene delle ulteriori, e sua promessa certo terrà, relativamente al *curaro* nel tetano; e le analoghe del *Moroni*, già lodato, e del *Dell' Acqua*, non che le importantissime e recenti d' altro esimio collega il Dott. *Carlo Monteverdi* di Cremona, a cui mi lega carissimo affetto, e professo ben molta stima. Osservazioni fatte sopra varii e potenti mezzi terapeutici da introdursi nel corpo umano col metodo ipodermico, che sono state accolte col massimo favore da quasi tutta la stampa scientifica periodica, e che pur vennero riprodotte nel nostro Bullettino.

Non pochi innesti adunque, se non m' inganno, col mio istrumento potranno essere facilmente effettuati, e fors' anco profondamente tra muscoli (1), dai Zoojatri per gli animali non pachidermi, e così dai fisiologi esperimentalisti, a curare non solo le malattie de' bruti domestici, ma a trarne mezzi di ulteriori scoperte, per lo esperimentatore sempre attendibili, ed a costituire nuovi punti di

---

(1) Nella *Presse Medicale Belge* N. 9, 4 Fevrier 1862, trovo un' interessante Articolo del dott. *Demarquay*, a proposito delle iniezioni intra-muscolari profondamente praticate all' origine dei nervi nel tetano, il quale appoggerebbe l' uso della mia lancetta coperta. Mentre per arrivare ad insinuarsi sino a que' punti d' origine, occorre giovarsi di un istrumento che offra ancora proporzionata resistenza e non possa arrecare temibili danni. Termina così « Souvent on a recours aux injections sous-coutanées de morphine, d' atropine, de curare, mais personne que je sache, n' avait eu la pensée de porter profondement, dans l' epaisseur des muscles l' agent modificateur, et voilà en quoi ma maniere de faire est peut être nouvelle (*Union med. et la Tribune mèd.*)

partenza a grandi pratici benefici, ed a trovati valevoli ad accrescerne il progresso delle Scienze salutari.

Se questi risultamenti che spero, non fossero però trovati attuabili con quel profitto che altri metodi procurano, io richiamo qui da ultimo nuovamente la mia proposta al suo precipuo e naturale scopo, e cioè — aver io tutta mai la fede che colla mia lancettina coperta, l'innesto vaccinico col *detrito* levato dalle pustole nell' ubero della giovenca dovendosi innestare negli umani (non potendo per la sua densità essere bene capito negli aghi soliti) attechisca con maggiore frequenza di quello che praticato colla lancetta comune, ossivero con quella a modo del Comitato di Napoli, ovviandone eziandio gli inconvenienti de' quali feci parola in questa mia Nota, e senza pretesa d' avere per essa toccato il Cielo colla dita (1).

E qui dessa era appunto al suo fine; allorquando appresi che nel 1852 l' Inglese *Williems* aveva reso pubblico un suo metodo per lo innesto dell' elemento morboso profilattico della peri-pneumonite essudativa contagiosa dei Bovini (polmonera) introducendone negli animali quella sostanza morbosa con un particolare meccanismo (Vedi *Hering* op. cit. pag. 133). E però datomi indilatamente premura di conoscere, e possibilmente possedere questo congegno, lo ebbi medesimamente dall' esimio Comitato di Vaccinazione di Milano, mercè l' onorandissimo Sig. Dott. *Giovanni Nolli*, pel che mi professo a lui anche per quest' atto cortese pieno d' obbligazione. Ebbene, esaminatolo provai la gratissima compiacenza nello accertarmi che la idea tipica, la quale mi aveva guidato a far eseguire la mia lancettina coperta, pur

---

(1) La mia lancettina coperta è vendibile nell' Officina di *Ippolito Dalvit*, posta nella Seliciata di Strada Maggiore, ed al prezzo di Lire 6.

quella era stata dello inventore dell' or detto istrumento, il quale di qualche guisa ricorda il mio; laonde maggiore fiducia ho acquistato per la mia proposta (v. la fig.) Di vero, è composto di un manico d' ebano, sul quale rimane saldamente fermata un' asta robusta in acciajo, lunga nove centimetri, e della larghezza di circa nove millimetri, che gradatamente decresce, a terminare in punta olivare a guisa di alcuno stile. Ne è la posteriore parte tutta a forma rotondeggiante, piana invece la superiore e sopra vi scorre ad incastro una laminetta, pure in acciaio, e fermata con due viti, lunga centim: 5. Chiuso che sia l' istrumento ha proprio la forma di un' acuto e forte stiletto, come notai; e, abbassata la laminetta scorritrice, scopresi una infossatura, della lungezza di circa 5 millimetri, e bastantemente profonda a maniera da contenere certa copia di materia. Questa infossatura dista per quasi 5 millimetri dalla sua punta, ch' è pur essa lunga altrettanto. Introduceva il *Williems* chiuso quest' istrumento entro le carni dell' animale per la lunghezza di un centimetro, e ritirata poscia la superior lamina valendosi di un bottone metallico collocato in basso, rimaneva così la materia morbosa deposta nella cucchiaia, a contatto delle parti interne, e ne era conseguentemente a poco a poco assorbita e posta in circolo, e l' animale poi ne soggiaceva alle inevitabili conseguenze. A più esatta cognizione pur di questo ingegnoso istrumento, e ben da pochi conosciuto, ne decoro la presente mia Nota con una figura al naturale, eseguita ancor essa dal medesimo Prof. *Ratti*, già lodato, che maestrevolmente lo incise sul legno; in cotal guisa accresco di una impor-

tante cognizione questo mio scritto, e ne rimane sicuramente provata buona l' idea che mi mosse, sicchè può meritare di non essere posta in non cale; ed ora in ispecie che ho potuto ornare la mia quasi che ignuda prima comunicazione, colle note aggiuntevi e la più parte venutemi da illustri colleghi. Dal confronto poi che ognuno può instituire, rendesi manifesta la grande diversità che esiste fra il meccanismo usato dal *Williems*, e la lancettina coperta che ho descritta, e torno adesso a vieppiù raccomandare ai confratelli tutti, per essere cosa mia, per sè medesima, e tuttavia ed a buon dritto per le esperimentazioni sotto i varii rapporti accennati, a bella prova riuscite, laonde posso dire omai aver dessa ricevuto la piena conferma dai fatti (1).

---

(1) Il giorno 4 corrente Aprile, fui gentilmente invitato dal chiaro collega ed amico mio fin dai primi anni, il Dott. Cav. *Petronio Costetti*, Medico Direttore di questo Spedale Divisionario, per assistere ad una conferenza mensile, collo scopo di far conoscere agli egregi Ufficiali sanitarii la mia lancettina coperta, e la mia proposta d' usarne. Tutti la osservarono, e unanimemente poscia stabilirono di valersene all' uopo, e mi furono tuttavia benevoli di cortesissime parole. Pel che al lodato Maggiore *Costetti*, e a tutti quei Colleghi rendo le più sentite e cordiali azioni di grazie.

Di due casi di Eclampsia gravidica. — Tesi per l'esame di Laurea medico-chirurgica di *Marcello Putti*. — (Giudicata degna di stampa dalla Commissione Esaminatrice della R. Università di Bologna nell' anno scolastico 1869-70).

Se nell' ultima prova che mi rimane a superare onde conseguire la tanto desiderata Laurea io mi accingo a trattare dell'*Eclampsia* si è perchè ebbi l'opportunità di osservarne due classici casi nella Clinica Ostetrica diretta dal Prof. *Massarenti* e che egli colla squisita gentilezza, che tanto lo distingue, permetteva di giovarmene. In verità con trepidanza mi sono imposto tale compito, conoscendo quanti insigni scienziati abbiano vastamente trattato un simile argomento e quanti e quanti lumi abbiano portato nel campo diagnostico, ed etiologico di questa fortunatamente non frequente, ma terribile malattia. Ma in rapporto alla patogenesi della medesima molto ancora rimane a farsi, vigendo tuttavia dissensioni, mostra infallibile che il vero non ancora si raggiunse. E siccome per molte altre anche per questa affezione morbosa potere e sapere non vanno di pari passo, talchè al sopravvenir della medesima il medico è incerto sul da farsi, perchè incerti i mezzi che la scienza gli fornisce, così nella speranza, che specialmente a questo fine possa tornar utile il mio lavoro, mi farò dapprima a narrare i due casi da me osservati, facendoli conseguire da quelle poco valevoli considerazioni, che ad uno studente non ad uso al bene osservare per deficienza di cognizioni, per mancanza di mezzi e per povertà di esperienza, possono esser concesse.

A. C. nativa di Villa Fontana, di buona costituzione, nulla presenta di rimarchevole per ereditarietà. Nell' infanzia e nell' adolescenza non ebbe a soffrire di malattie di sorta. A 12 anni era già mestruata ed il flusso catamenale sempre si ripetè regolarmente. A 18 anni sofferse di febbri intermittenti a tipo quotidiano che dopo un mese andarono a guarigione.

A 19 anni (Giugno 1869) rimase fecondata. Il nuovo stato disturbò gravemente l' inferma, che mal potendo celare il progressivo aumentar del ventre, faceva consapevole la madre della disgraziata sua condizione. Allora rimproveri, minacce, maltrattamenti, disprezzo le venne fatto di assaporare, che rinnovati ogni dì sullo stesso tenore giunsero a tale da comprometterne la salute e logorarla per modo da ridurla in ben triste condizione. Il di lei padre visto il misero stato, in cui versava la figlia e che altrimenti la madre non desisteva da quei barbari modi, di soppiatto la trasferì in Bologna presso di un suo parente. Quivi i modi cortesi, l' amorevolezza che a dovizia trovò presso i parenti non valsero a mitigarne le sofferenze. Era l' inferma in questo deplorevole stato, quanto nel mattino 22 Dicembre le si manifestarono nausea, vomito ora di sostanze liquide e vischiose simili a chiaro d' uovo, ora tinte più o meno in verde ed in giallo; di più leggera cefalea, tintinio agl' orecchi, offuscamento di vista, lentezza ed imbarazzo nella parola, dispnea.

A tali prodromi nel giorno appresso susseguirono ripetuti accessi di eclampsia della durata ciascuno di uno a due minuti. Il numero dei medesimi non fu dalla famiglia tenuto a calcolo. Si noti però che nella notte precedente la prima manifestazione delle cloniche convulsioni si trovò il letto della C. in tale disordine, che autorizzava a supporre l'eclampsia essersi da principio manifestata di notte tempo. Il medico cui si ricorse fu il Dott. *Goli-*

nelli Assistente della Clinica Ostetrica di questa Città, che trovata l' inferma, comatosa, arrossata in volto e dispnoica, le praticò un salasso abbondante. Per tal mezzo si ebbe un momentaneo giovamento, ma poco dopo chiuso la vena ricadde in istato comatoso più forte di prima.

Allora dietro consiglio del *Golinelli* stesso l' eclampsica venne portata nella Clinica.

24 Dicembre. — Quando entra in Clinica presenta il seguente stato:

Pulsazioni 120, temperatura 38° centig., respirazioni 24. Polso piccolo, cedevole, celere e frequente, respirazione superficiale ed interrotta. Non presta ascolto alle interrogazioni fattele; tiene gli occhi semichiusi, solleva talvolta le palpebre, fissa per breve tempo lo sguardo sulle persone che le stanno intorno. La pupilla non reagisce all' azione della luce, è molto dilatata. È impossibile farle sporgere la lingua; tiene le mascelle serrate, di frequente digrigna i denti.

Alle ore 8 e mezzo un sesto accesso (che fu il primo da me veduto) prolungatosi per un minuto primo. L' inferma ha serrati gli occhi, la bocca si contorce in tutti i sensi; incurvamento anteriore del tronco, gli arti flessi e fortemente contratti, le mani serrate a pugno, la faccia cianotica, il capo rovesciato a destra ed all' indietro, il bulbo oculare rivolto in alto, spuma alla bocca. L' accesso si chiude con rumorose e prolungate espirazioni e l' inferma ricade nello stato comatoso, in cui trovavasi già prima dell' accesso.

Ore 9 e mezzo pom. un settimo accesso coi caratteri descritti ma di maggior durata.

Ore 10 pom. un altro accesso. Il numero delle pulsazioni durante il medesimo si eleva a 160 (per minuto primo). Le respirazioni sono talmente rapide ed irregolari che riescono incomputabili (8°).

Ore 10 e 40 minuti altro accesso di maggior durata ed intensità (9°).

Ore 11 e 40 un nuovo accesso (10°).

Ore 12 e 20 minuti. Ore 1 e 20. Ore 1 e 50 tre accessi (13°).

Dall' un ora e 50 sino alle 6 del mattino susseguente altri 8 accessi (21°). Alle ore 2 e 50 minuti fu praticata un' iniezione ipodermica di morfina; dopo 30 minuti sopravvenne un' accesso meno intenso. Ad intervallo di un ora furono praticate altre due iniezioni ipodermiche senza alcun cambiamento. Ogni accesso fu costantemente preceduto da notevole lentezza del polso.

L' utero arriva a 3 dita trasverse sopra l' ombellico. Applicando la mano sull' addome sentonsi di tratto in tratto i moti attivi del feto. L' ascoltazione ne dà i tuoni cardiaci ben distinti, sentesi ancora manifestamente il soffio placentale. Col riscontro vaginale si trova il collo uterino resistente, liscio, della lunghezza di 2 centimetri. L' apertura esterna dell' utero ammette stentatamente la falange del dito esploratore. La parte presentata è il vertice. Calore e umidità della vagina in relazione colla temperatura segnata dal termometro applicato sotto l' ascella. Ogni volta che si è praticata l' esplorazione vaginale si è provocato un' accesso.

25 Dicembre. — Dalle ore 6 del mattino sino alle 9 e mezzo antim. l' inferma non ha avuto accessi. Per pochi minuti ha aperto gli occhi ed ha risposto adeguatamente ad alcune domande con un semplice cenno del capo. Ha riconosciuto i parenti, ma tosto è ricaduta nello stato comatoso digrignando di continuo i denti. Alle 9 e mezzo ha avuto un accesso che dura due minuti (21°).

Sino all' una pom. ha avuto 6 accessi (27°). É stato amministrato il tartaro emetico in soluzione, un cucchiaio ogni mezz' ora. Dopo l' ingestione di due cucchiai si

è ottenuta la emesi. Le materie vomitate constano di un liquido incoloro, vischioso, attaccaticcio con frammenti di cibo.

Alle ore 5 pom. si è verificato un altro accesso (28°). Questo cessato si è ricorso all' inalazione del cloroformio, che ha prodotto nell' inferma i seguenti fenomeni: colorazione vivace alla faccia, ansietà, impedimento di respiro, pienezza e durezza di polso, sguardo fisso ed attento; quindi un momento di immobilità generale, maggior rallentamento di polso, respirazione sospesa, spuma alla bocca. Si cessa dall' inalazione, che del resto è durata pochi minuti.

Ore 5 e trequarti altro accesso (29°).

Sera. Ore 6 e mezzo un nuovo accesso (30°). Ore 8 e mezzo venne praticato un salasso di grammi 250; nell'atto dell' incisione della vena l' ammalata prorompe in un debole grido. Dopo il salasso risponde con sufficiente chiarezza alle fattele interrogazioni. Questo lucido intervallo dura pochi minuti. Le pulsazioni prima del salasso erano 116, dopo 104. La temperatura non ha variato, come pure le respirazioni. Il battito cardiaco fetale è sensibilissimo nel quadrante inferiore di sinistra. L' analisi chimica delle urine ha dato traccie d' albume.

26 Dicembre. Mattina. Dalle 9 della sera alle 9 ant. si sono rinnovati gli accessi per 6 volte (36°). Alle 9 ha vomitato il brodo che a cucchiai le si era fatto prendere nella notte. È sempre comatosa. Nella notte richiesta dalle infermiere del suo nome e di quello de' suoi parenti, l' inferma li ha pronunciati stentatamente balbettando.

Nell' esame microscopico del sangue si sono trovati globuli bianchi in abbondanza; i rossi normali per quantità forma e colorito.

Ore 10 antim. Un nuovo accesso, quindi coma profondo. Temp. 38. Puls. 110. Resp. 32. Sino alle 5 pom. 5 ac-

cessi (42°) della stessa durata ed intensità. Dopo un clistere stimolante l' inferma ha avuto una deiezione alvina.

Sera. Temp. 38. Puls. 112. Resp. 32. Alle ore 6 e un quarto un altro accesso (43°) che dopo un quarto d' ora si è ripetuto (44°).

Dall' esame chimico delle urine tracce di albume; l' urina si è ottenuta spremendola dalle lenzuola perchè viene emessa inavvertita. Vengono applicati quattro vescicanti agli arti.

27 Dicembre. Mattina. Temp. 39. Puls. 132. Resp. 30. Dalle 6 della sera alle 11 ant. 10 accessi (54°) di maggior durata (3 minuti). La fisonomia dell' inferma è pallida, ed esprime sofferenza; la respirazione rantolosa, polso debole. Il rumore fetale a doppio battito da parecchie ore non è più sensibile.

Vedendo che la terapia usata sino a questo momento nulla ha giovato, che lo stato dell' eclampsica diventa sempre più grave, che la cessazione del rumore a doppio battito fa supporre la vicina morte del feto, si pensa dal Prof. *Massarenti* di provocare il parto, quantunque l' utero non abbia variato dallo stato già descritto e la gravidanza non raggiunga l' ottavo mese ancora. Si pratica quindi il tamponamento con globetti di filaccia unguentati. I bagni freddi al capo mediante vescica di ghiaccio ed i bagni senapati agli arti inferiori, che furono applicati all' inferma sin dalla sua entrata nello Spedale, si continuavano.

Sera. Dalle 11 antim. alle 6 pom. 5 accessi (59°) più prolungati (6 minuti) e più gravi dei passati. Si sono praticate durante la giornata iniezioni ipodermiche con morfina ed atropina miste senza giovamento. L' inferma ha qualche lucido intervallo di breve durata.

28 Dicembre. Mattina. Dalle 6 della sera sino alle ore

1 e mezzo antim. 3 accessi (62°); coma profondo. Dall' una e mezzo sino alle 10 antim. d' oggi nessun accesso. Si noti come dopo l' applicazione dello zaffo le convulsioni siano andate man mano diminuendo sino a scomparire. L' utero, al palpamento addominale, si è fatto più duro; sembra che di tratto in tratto entri in contrazione. Nei lucidi intervalli l' inferma risponde abbastanza bene; si lagna di dolori al capo ed all' ipogastrio. Esegue movimenti incomposti col capo e cogli arti superiori; qualche volta tenta d' alzarsi dicendo di sentirsi bene, proferisce parole non intelligibili, ed accoppia spesso volte il riso al pianto.

Si amministra una soluzione di idrato di cloralio (grammi 2). Un' ora dopo si ha l' aumento di 14 pulsazioni non produce verun altro effetto.

Sera. Si toglie lo zaffo per riscontrare lo stato dell' utero, il cui collo vien trovato più rammollito, la bocca lascia passare l' estremità del dito. Al tampone di filaccia vien sostituito il pessario o vescica di *Garrier*. Si sono praticati due clisteri canforati; è stato amministrata internamente una soluzione di belladonna e morfina. Nell' esame delle urine non si è riscontrato albume.

29 Dicembre. — Nella notte continue allucinazioni; inquietudine, gemiti; porta con violenza le mani ai genitali come per sottrarli a dolore; l' utero si contrae ad intervalli; il doppio battito fetale non è più affatto sensibile.

Alle ore 1 pomeridiane si toglie il tampone. Si trova l' utero molto dilatato; la testa del feto discesa nell'escavazione. Per resistenza delle parti molli e per sollecitare il parto il Prof. *Massarenti* applica il forcipe ed estrae un feto di sesso maschile, vivente e ben conformato. La placenta viene estratta poco dopo.

Lo stato di delirio si mantiene dopo il parto; moti incomposti, smanie, contrazioni muscolari parziali.

30. Dicembre. — In questa giornata lo stato dell' inferma non varia dal giorno antecedente.

31 Dicembre. — L' inferma è molto più sollevata; risponde con intelligenza perfetta, riconosce i parenti e si trattiene in discorsi abbastanza lunghi (si noti come il giorno 30 fosse applicato un largo vescicante alla nuca). Dorme per 3 ore un sonno tranquillo. Ricade quindi nelle solite allucinazioni. Ha frequenti colpi di tosse inane. Colla percussione degli organi toracici si ha suono ottuso a destra nella fossa sotto-claveare. All' ascoltazione anteriormente a sinistra respiro aspro, a destra respiro bronchiale con rantoli sibilanti.

1° Gennaio 1871. — L' eclampsica non ricorda alcuna cosa che si riferisca a quanto le è avvenuto durante il periodo dell' eclampsia. Accusa cefalea e dolore alla regione ipogastrica. Si è manifestato una piaga di decubito alla regione glutea destra piuttosto estesa e le parti che nel decubito dorsale soffrirono più attrito appaiono arrossate. La tosse si mantiene. Obbiettivamente ascoltazione e percussione danno i risultati dei giorni antecedenti. I lochi fluiscono normalmente. Lo stato involutivo uterino si compie con perfetta regolarità. Le urine esaminate chimicamente e col microscopio appaiono normali. Le funzioni digestive fisiologiche; l' appetito si fa sentire con insistenza.

Nei giorni susseguenti l' ammalata venne riacquistando a grado a grado le facoltà intellettuali e i dolori al capo e all'addome si dileguarono. La temperatura si mantenne per qualche tempo alta, ma ciò vogliasi attribuire alle piaghe di decubito che aveano preso vaste proporzioni. Le lozioni coll' acido fenico la fecero risolvere. Al 5 Febbraio, cioè dopo 45 giorni di decubito nello Spedale Clinico, uscì perfettamente guarita.

C. T. ha 26 anni, di costituzione gracile. Il padre suo morì per malattia tabida di petto. La madre vive e gode buona salute; ha un fratello ed una sorella sanissimi. Fu vaccinata in tenera età. Mestruò a 13 anni ed in quest' epoca sofferse di bronco-pneumonite, per la quale fu obbligata al letto per 7 mesi. Fu abitualmente dismenorroica. A 6 anni venne posta in un educandato religioso ove rimase sino a 18. Tosto uscita dal convento fu messa a servizio in qualità di cameriera, quantunque la sua condizione nol comportasse, pel passaggio della madre vedova a seconde nozze.

Nell' Ottobre scorso (1869) rimase incinta. Nei primi 3 mesi di gravidanza le si rinnovò la tosse con escreato sanguinolento e di tratto in tratto l' emoptoe degenerava in pneumorragia. Fra il 4° e il 5° mese l' addome prese uno sviluppo rilevantissimo e molto maggiore di quello che osservasi comunemente in tale epoca di gravidanza; soffriva lipotimie, le si erano gonfiate le gambe. A metà gravidanza circa sentì i primi moti attivi del feto.

Nel giorno 7 Giugno 1870 si recò al mattino in questa Clinica Ostetrica onde farsi visitare. Il Prof. *Massarenti* riscontrò ascite complicata a gravidanza, edema agli arti inferiori ed alcun poco alla faccia, albume in gran copia nelle urine. Vennele offerto di entrare nello Spedale, ma ella si rifiutò. Nel giorno medesimo sdrucciolando dal sommo di una scala precipitiva sino abbasso, urtando col dorso sui gradini della medesima. Poco dopo riceveva una lettera, il cui contenuto le cagionò forti dispiacenze.

Le lesioni prodotte dalla caduta si limitarono a lievi contusioni; ma grande fu l' emozione per la lettera ricevuta: per cui poco dopo fu colta da senso di malessere ed alle 4 pom. le scoppiava un accesso di eclampsia, ca-

ratterizzata dagli stessi fenomeni nell' altro caso sopranarrato e presso a poco della stessa durata. Questo accesso non fu susseguito da coma.

Gli accessi sino alle ore 8 pom. si rinnovarono per quattro volte. Alle ore 11 pom. fu accolta in Clinica e presentava il seguente stato:

7 Giugno. Sera. Donna di piccola statura, molto denutrita, pallida, fisonomia sofferente; querula, si oppone a qualunque esame, chiede di esser ricondotta al proprio domicilio. Dopo mezz' era dalla sua entrata la coglie un accesso di eclampsia. Dopo l' accesso rimane in istato comatoso, la respirazione frequentissima, ansante, stertorosa. Polso filiforme; talvolta esplorando la radiale è impossibile sentire la diastole arteriosa.

Temperatura 38°. Collo uterino rammollito quasi scomparso. Viene amministrata una soluzione di cloralio, che ben tosto vien reietta per vomito. L' inferma si rifiuta di prender medicamenti. Si applica una vescica di ghiaccio al capo.

8 Giugno. — Alle ore 8 e mezzo antim. è colta da un nuovo accesso non dissimile dal primo e della stessa durata. Dopo l' accesso la donna ha continuato nello stato di collapso, interrotto da smanie che sembrano foriere delle doglie uterine. Si pratica l' esplorazione vaginale e rinviensi la borsa delle acque quasi all' osculo vaginale. Rotto artificialmente il sacco onde sollecitare il parto, si trova il capo del feto già ben impegnato nello stretto superiore ed in ottimi rapporti coi diametri del bacino. Ma l' utero che è entrato in uno stato d' inerzia non lascia sperare che il frutto del concepimento possa venir espulso colle forze naturali, per cui si applica il forcipe. L' applicazione del medesimo e l' estrazione del feto non riescono affatto indaginose. Il feto è vivo, di sesso femminile, di piccola dimensione, molto denutrito, con tali

caratteri da ritenerlo fra il settimo e l' ottavo mese di sua vita entro-uterina.

9 Luglio. — La puerpera ha dormito tutta la notte. Nulla ricorda delle convulsioni e del parto. Utero contratto, lochi normali.

Alla sera ha 38 gradi di temperatura, puls. 96, resp. 28. Alle ore 4 pom. ha avuto un accesso di freddo della durata di un' ora susseguito da calore urente. Addome meteoristico, molto voluminoso, misura alla regione ombellicale 98 centim. di circonferenza. Viene amministrato un decotto di china e qualche polvere di segale cornuta.

Nei due giorni appresso l' inferma ha sensazione di benessere, ha molta fame, chiede di alzarsi. Ha l' addome voluminosissimo, misura centim. 105 nel suo massimo, contiene molto liquido, come di leggieri si constata coll' esame obbiettivo. Albume nelle urine abbondantissimo. Edema agli arti inferiori enorme; si estende in alto al tronco posteriormente, al collo, al braccio destro. Le grandi labbra quadruple nel loro volume. Ha diarrea profusa. Temperatura 39, le pulsazioni non si possono enumerare. L' ascoltazione e la percussione degli organi del torace stanno ad indicare incipiente edema polmonale. Toni cardiaci rinforzati. Si amministra un infuso di digitale.

Questo stato di cose dura sino al giorno 12, in cui si sospende l' infuso di digitale per sostituirlo con polveri di tannato di chinina.

Coll' esame microscopico del sedimento urinario si trova qualche cellula di pus, molto epitelio, nessun elemento parenchimatoso renale. (Tale esame fu praticato per 3 volte cogli stessi risultati).

Nei giorni appresso la febbre e gli altri fenomeni di acutezza vanno diminuendo sino a scomparire. La diarrea è scemata, le urine sono scarse; suda parzialmente al volto ed al collo. Alla sera vi ha sempre elevamento

di temperatura. L' inferma si lagna continuamente per la fame che risente; viene perciò sottoposta a dieta piuttosto lauta e di prevalenza carnea, le si dà vino generoso in abbondanza. Si praticano unzioni generali con involgimento nell' ovata, onde favorire l' assorbimento, ma invano. Si ricorre allora ad una fasciatura compressiva per gli arti, ma poco o nulla diminuisce l' edema che in certi punti giunge a screpolar la cute.

Si consigliò allora l' inferma a praticar la così detta *cura della sete*, a cui ella e per docilità di carattere e pel desiderio di esser presto ridonata a salute, di buon grado si sottopose. La sete che ella risente, resa maggiore dalla caldissima stagione e dall' ambiente ristretto in cui giace, è fortissima, ma l' inferma con rara abnegazione soffre e resiste, attutendo l' ansietà del bere coll' umettarsi le labbra con qualche goccia di limone. Alla quarta giornata, dacchè si praticò una tal cura l' edema scomparve rapidamente in modo quasi meraviglioso. Le urine divennero copiosissime. Già al quinto giorno l' addome era ridotto alla metà del volume che aveva; ed in questo stesso giorno le urine emesse furono in quantità di quattro litri. Nell' ottava giornata non rimaneva più traccia di liquido nel cavo addominale, nè di edema agli arti. Si proseguì nella cura ricostituente ed al 12 Luglio la T. uscì perfettamente guarita dal Clinico Stabilimento.

La semplice esposizione di questi fatti apre il campo ad una série di considerazioni, le quali non potendo partire da basi solide per la varietà di opinioni sulla patogenesi dell' eclampsia, difficilmente potranno raggiungere conclusioni soddisfacenti.

Le convulsioni furono definite in mille guise; ma nello stato attuale della scienza non ancora fu data una definizione precisa della convulsione, mentre non vi ha

malattia più facile a riconoscersi. *Velpeau* definisce tale affezione: *uno stato caratterizzato da movimenti bruschi, anormali, involontari, del sistema locomotore e di qualche viscere;* mentre *Gaillard Thomas* la chiama: *una violenta irregolare ed involontaria contrazione dei muscoli ordinariamente dipendenti dal governo della volontà.*

Da certi caratteri distintivi le convulsioni furono divise in toniche e cloniche, intendendo, per convulsione tonica, un' accesso accompagnato da una lunga e continua contrazione muscolare: mentre quando lo spasmo muscolare è intermittente, chiamasi la convulsione clonica. Tali distinzioni sono ben lungi dal meritare l' importanza che si accordava loro in altri tempi.

La prima di questa varietà non risguarda l' argomento di questa tesi; per cui ci occuperemo della seconda, siccome quella a cui si riferiscono le convulsioni che avvengono nelle donne prima, durante il parto e dopo il medesimo abbracciate complessivamente sotto il nome generico di eclampsia.

Sauvages dapprima, *Hamilton* in seguito imposero tal nome a queste convulsioni, volendone fare una forma distinta. *Dewees* poi le ha classificate in tre forme: epilettiche, apoplettiche ed isteriche e tale distinzione è oggi giorno bene accetta da molti. Dopo *Sauvages* l'eclampsia è giudicata malattia acuta, ad invasione rapida, caratterizzata da un numero variabile di accessi convulsivi, accompagnata da completa sospensione di senso e d' intelligenza; accessi che per la natura e per la fisonomia offrono coll' epilessia grande analogia. Anzi se non fossero le differenze eziologiche rilevantissime e le lesioni organiche che le separano, eclampsia ed epilessia potrebbero considerarsi con *Sydenham* e *Vogel*, come due forme di un unica malattia, che si manifesterebbe a decorso

acuto nell' eclampsia, cronico nell' epilessia. I nomi di *convulsioni puerperali*, *epilessia acuta*, *spasmi renali*, *epilessia renale*, *convulsioni uremiche*, *uroemia cerebrale acuta*, *encefalopatia uremica*, *encefalopatia albuminurica*, *distocia epilettica*, *distocia convulsiva* ecc. possono considerarsi tutti sinonimi di eclampsia.

La eclampsia è un affezione morbosa comune ai due sessi; la si osserva nei bambini e secondo alcuni anche nell' adulto e nel vecchio; ma di più sovente nella donna allo stato di gravidanza e nel puerperio, i quali stati creano all' eclampsia una potente disposizione, e le imprimono caratteri tanto spiccati da legare tale malattia allo stato puerperale e di gravidanza.

Frequenza dell' Eclampsia. — Le convulsioni nelle donne incinte avvengono fortunatamente con non molta frequenza e specialmente in Italia. Secondo *Ryan* sarebbero più comuni in Germania e in Inghilterra che in Francia. Infatti *Meriman* su 2000 parti ne riporta 48 casi e madama *Lachapelle* non ne cita che 68 esempi su 38, 000 donne. *Pacoud* di Bourg ha incontrati 48 casi sopra 11208, ed *Hart* 6 casi sopra 400. *Desjardins* ne indica 7 casi sopra 1000. *Champion* ne ha riscontrati 10 sopra 3000. *Velpeau* all' Ospedale della Facoltà di Parigi non ne ha veduto alcun caso; mentre ne ha osservati parecchi alla Maternità di Tours e all'Ospedale di S. Luigi. Nella sua pratica civile poi sopra 1500 donne ne ha riscontrati 16 esempi. *Lazzati* di Milano nel Prospetto Clinico del 1868 sopra 425 parti nota 4 casi di eclampsia. *Lovati* di Pavia in 494 parti non ha punto osservato donne eclampsiche. La Clinica Ostetrica di Bologna annovera 5 casi di eclampsia in 978 parti.

L' epoca della maggior frequenza è durante il travaglio del parto come si può riscontrare nelle statistiche di *Mauriceau*, *Merriman*, *Lachapelle*, *Pacoud*, *Desjar-*

dins, Champion, Velpeau, Lazzati, Lovati, Giordano, Belluzzi. Dei cinque casi della nostra Clinica, i due da me riportati soltanto si sono avuti prima del parto: gli altri tre invece nel soprapparto. L' eclampsia si manifesta più particolarmente negli ultimi due mesi ed è rara prima del sesto. Le convulsioni che si verificano prima del 5° mese appartengono piuttosto alla forma isterica che all' eclampsia.

Eziologia. — Le cause dell' eclampsia furono divise in predisponenti ed occasionali. Vere cause predisponenti, a mio credere, non sono la condizione sociale, nè la giovinezza, nè le condizioni atmosferiche; poichè veggonsi prender sviluppo in tutte le classi della società, in ogni età, in qualunque clima. *Velpeau* crede che le persone forti, pletoriche, che sono di frequente mestruate vi siano di preferenza soggette; ma nei due casi da me narrati andrebbe a vuoto tale teoria, poichè abbastanza robusta era bensì la C., ma era ben lungi dal presentare i caratteri del preteso temperamento sanguigno-venoso. Che sia di gran lunga più frequente nelle primipare è incontestabile e le due eclampsiche della Clinica del Prof. *Massarenti* eran tali; ma che si osservi esclusivamente in esse come pretende *Bauteillaux* non è affatto vero. *Dumont* ne cita un caso avvenuto nell' undicesima gravidanza.

Nel corso della gestazione l'eclampsia trova una predisposizione nelle profonde modificazioni che subisce l' utero e che vengono impresse a tutto l' organismo. La soppressione della mestruazione che mantiene nel sangue materiali che erano destinati ad essere per essa eliminati; l' aumento enorme del volume dell' utero esercita compressione sui visceri addominali disturbandone la funzionalità, o rendendola incompleta sì, che per lo appunto materiali destinati ad essere escreti vengono assorbiti,

portati in circolo dando luogo ad intossicazioni come avviene dell' urea.

Durante il travaglio del parto la eclampsia è favorita dall' eccitamento che cagionano i dolori preparatorii e quelli di espulsione e per i cangiamenti profondi che si effettuano nelle funzioni della matrice. Infatti quest' organo forse poco o nulla sensibile, diventa ad un tratto sede di acerbi dolori, seppure non si voglia ammettere con *Gerard* essere il dolore nelle parti vicine, o nei nervi del bacino come pretende *Leroux*.

L' eclampsia nel puerperio può trovar cause predisponenti nel disiquilibrio idraulico che repentinamente avviene nel sistema vasale. Inoltre lo stato involutivo uterino avviene con grande rapidità, non proporzionale al certo col tempo impiegato nel periodo di distensione; quindi i materiali di nuova formazione, che devono essere assorbiti rientrano alterati nel torrente della circolazione. Infine l' equilibrio che tenta ristabilirsi deve necessariamente imprimere scosse e disturbi al sistema nervoso.

Fra le cause occasionali, quelle che tengono il primo posto sono le emozioni e specialmente le dolorose. Nei nostri due casi fu veramente un patema quello che diede luogo allo scoppio delle prime convulsioni. Nel primo il padre è costretto a strappar la figlia dai maltrattamenti della madre; nel secondo caso è una lettera che arreca una notizia dolorosa.

L' aria impura, l'eccessivo calore, il ballo prolungato, l' abuso di bagni, di bevande alcooliche, furono accagionati come agenti determinanti eclampsia; ma siccome è incontestabile che in moltissimi casi tal processo morboso insorga, senza poterlo attribuire ad una plausibile cagione; così è verosimile, che questi agenti indeterminati siano tante volte a torto incolpati di simile accusa.

Allorquando l' eclampsia insorge durante il travaglio del parto può esser prodotta da cagioni svariatissime. Le più comuni sono: sproporzione di parti, posizione anormale del feto, resistenza eccessiva delle pareti uterine e specialmente del collo, le applicazioni del forcipe e generalmente tutte le operazioni tacologiche. Altra causa si è la rottura dell' utero; e da alcuni è ammessa come causa la morte del feto entro l' utero. Quest' ultima ipotesi causale ne trova un altra affatto opposta in ciò, che alcuni osservatori hanno riconosciuto come la morte del feto indica qualche miglioramento sull' andamento delle convulsioni. e che anzi talvolta le faccia cessare tostochè sia avvenuta. Nel primo caso da noi citato la diminuzione del numero degli accessi avendo avuto contemporaneità colla cessazione del rumore a doppio battito fetale si credette lo si dovesse attribuire alla morte del feto, ciò che poi venne smentito dall' essere invece nato vivo.

Dopo il parto avviene con maggior frequenza in seguito a gravi metrorragie, forse per l' anemia cerebrale. Il rovesciamento dell' utero talvolta n' avrebbe dato luogo; prodotta l' avrebbero ancora le manipolazioni eseguite entro la matrice onde estrarne la placenta aderente, ovvero la presenza prolungata di questa o di frammenti della medesima.

Patogenesi. — Si può ammettere con *Niemeyer* come certo che l' eccitamento dei nervi motori negli accessi di eclampsia nuova dal midollo allungato e dalla base del cervello; ciò venne dimostrato dall' esperienza. Irritando cioè il midollo allungato si ha sospensione funzionale della massa gangliare cerebrale espressa dall' abolizione della sensibilità e della coscienza. La esperienza ha ancora dimostrato che irritando coll' elettricità la porzione basilare cerebrale si ottengono spasmi i quali assomiglia-

no agli eclampsici. *Kussmaul* e *Tenner* hanno potuto, sperimentando sugli animali, produrre convulsioni epilettiformi dopo l' asportazione degli emisferi cerebrali. Questo stato irritativo del midollo allungato deve la sua origine alle più svariate influenze. Le esperienze di *Cooper*, *Kussmaul* e *Tenner* sonosi praticate in altro modo. Hanno essi provocato accessi epilettiformi col produrre un artificiale anemia del midollo, impedendo cioè l' afflusso del sangue arterioso al medesimo. Ma ciò non dimostra a sufficienza che gli accessi epilettiformi o eclampsici (che già, come si è detto, l' eclampsia può definirsi un epilessia acuta), possono aver origine da una semplice anemia, ma da uno stato ancora diametralmente opposto come dimostra *Schroder van der Kolk*, cioè da concorso accresciuto di sangue al midollo, da iperemia, da congestione. Egli è certo inoltre che quello stato, nel quale viene indotto il midollo allungato atto a produrre tali convulsioni, può essere indipendente da anemia e congestione, ma dipendere da una alterata crasi del sangue, dal contenere cioè esso principii tossici. E qui la eclampsia starebbe in rapporto secondo alcuni colla difficile quistione dell' uroemia, di cui non sarebbe che una delle forme sintomatiche.

Egli è certo inoltre che il midollo allungato può essere modificato nella sua funzionalità da un morboso eccitamento, in cui per avventura si trovino alcuni nervi o periferici o centrali.

Da ciò teorie diverse che hanno dato campo a controversie e dissidenze fra patologici. Frequenti sono le pubblicazioni di fatti di eclampsia, che sotto l' aspetto patogenetico sono in perfetta contraddizione; e siccome, specialmente nella terapia, l' indirizzo sarà diverso per diversità di opinioni, si è ben in diritto di indurre che gravi e non poco comuni saranno gli errori e i danni.

La quasi costante scoperta dell' albumina nelle urine delle eclampsiche condusse al giudizio che l' eclampsia riconoscesse per causa l' albuminuria. In breve citerò le argomentazioni dei seguaci di tale dottrina.

Secondo *Gubler* l' albuminuria gravidica dipenderebbe dall'eliminazione pei reni di un eccesso di albumina (iperalbuminosi) che rinchiude in certe condizioni il sangue della donna in istato di gestazione. Questo eccesso indicato dall' analisi chimica è relativo non allo siero (le ricerche di tutti gli ematologi sono concordi per istabilire il contrario) ma ai materiali solidi, globuli e sali; e questo fatto di fisiologia patologica basterebbe, secondo *Gubler*, per render conto del passaggio nelle urine dell' albumina. Se infatti sotto l' influenza di circostanze patologiche diverse, la proporzione dell'albumina si trova eccedere i bisogni normali della madre e del feto, l' eccedente di albumina prodotto dovrà accumularsi nel sangue e sarà eliminato dai reni, come si osserva negli animali nudriti esclusivamente di albumina, o nelle vene dei quali ne sia stato iniettata una certa quantità. La debolezza, lo sviluppo spesso imperfetto di bambini nati di madri albuminuriche è presentata da *Gubler* come conferma all' esattezza della sua teoria.

Avendo *Andral* e *Gavarrèt* per i primi annunziato la costituzione cloro-anemica del sangue delle donne incinte, ed in seguito *Beau* e *Cazeaux* avendo dimostrato l' esistenza di una pletora sierosa nella clorosi e nella gravidanza, si disse l' albuminuria puerperale è causata dalla poliemia sierosa che produce la gravidanza. In questi due stati quantunque i principii solidi del sangue siano relativamente diminuiti, tuttavia la quantità di questo liquido è accresciuta per l' aumento della parte sierosa, ciò che produce eccessiva tensione nel sistema vascolare, e questa tensione sarebbe la causa dell' albume

nelle urine. Ma questo stato del sangue nelle donne gravide è piuttosto presupposto che dimostrato, epperciò tale dottrina ha lo stesso valore di quello dell' iperalbuminosi.

Secondo i lavori di *Boch, Imbert, Litzmann, Wieger, Frerichs, Braun* non sarebbe più da mettersi in dubbio, che l' albume nelle urine delle gravide non dipenda da malattia renale; e l' albuminuria puerperale deriverebbe da una malattia o temporanea o permanente delle glandule urinifere. L' esame microscopico di tali organi ne renderebbe manifeste le alterazioni.

L' obbiezione dedotta dal guarire l' albuminuria puerperale il più delle volte, mentrechè la malattia di *Bright* è quasi costantemente mortale non avrebbe, secondo i seguaci di questa dottrina, un gran valore. Essi dicono che trattandosi di morbus Brighti acuto e non cronico, cioè che non ha prodotto ancora degenerazione grassosa od atrofia dei reni, non ha potuto generare che lesioni meno estese e meno profonde della sostanza renale. La condizione eziologica che prepara lo sviluppo della nefrite sarebbe la compressione esercitata dall' utero sui reni e sulle vene emulgenti, iperemia prodotta da impedito scarico del sangue da queste parti.

Le succitate dottrine che riconoscono l' albuminuria come causa predisponente e talvolta determinante l' eclampsia sono puramente ipotetiche: 1° Poichè si trovano moltissime donne gravide albuminuriche senza eclampsia, come infatti si può riconoscere dai seguenti dati statistici dello stesso *Imbert* sostenitore, anzi creatore di una delle dette dottrine, che sopra cioè 65 casi di albuminuria in gravide non ebbe che 4 casi di eclampsia. 2° L' alterazione del sangue per una sottrazione di albumina è insufficiente per dare origine agli accidenti convulsivi. 3° Nell' analisi chimica, praticata in moltissime gravide, da chi scrive in tutte le epoche della gravidanza

raramente si rinvenne albumina. Tnttavia trovandosi nel più dei casi l' albuminuria coll' eclampsia, non la si può ammettere come una coincidenza fortuita; sarebbe forse mai più probabile che in alcuni casi fossero entrambi dipendenti da un medesimo disturbo renale?

La dottrina uroemica è quella che fa dipendere la eclampsia da un avvelenamento del sangue, che rende questo liquido incapace di stimolare i centri nervosi. Tale opinione ha avuto moltissimi seguaci, ma oggi giorno vanno diminuendo di numero. Essa si fonda su ciò: che i reni, abolita o disturbata la loro funzionalità, non possono più eliminare i materiali di disassimilazione, di cui l' economia si sbarazza per le vie urinarie; questi materiali accumulandosi nel sangue l' alterano rapidamente. Si è creduto da lungo tempo che questo materiale fosse l' urea (che si decompone in carbonato di ammoniaca ec.) Ma tale ipotesi fu presto destituita di fondamento quando si riconobbe la presenza dell' urea nel sangue esser cosa normale, ed essa non agisce come veleno se non in certa quantità. Tolsero poi ogni dubbio le esperienze di *Stannius*, *Petroff*, *Galloit* e *Bernard*. Questi sommi fisiologi iniettarono nelle vene di animali forti soluzioni di urea concentrata senza mai provocare accessi eclampsici.

La stessa sorte dell' uroemia è toccata a quella dell' ammonioemia preconizzata da *Frerichs*.

Accennerò ancora alla teoria di *Schottin* basata su di una mera ipotesi. Volendo esso pure trovare una septicoemia prodotta dai materiali dell' urina come causa di eclampsia, ha fatto conoscere che l' urea non è il solo prodotto di denutrizione che deve essere eliminato, ma esistano ancora le *materie estrattive* (ciò che equivale d' ignota composizione chimica) alle quali dovrebbero ascriversi i sintomi delle convulsioni puerperali.

La dottrina detta *anotomica* farebbe originare le convulsioni eclampsiche da un' alterazione dei centri nervosi o delle membrane che li involgono. La congestione, o l' anemia del cervello, o l' edema del medesimo in tante albuminuriche anassarcatiche, lungi dal produrre un sopreccitamento o un disturbo di movimento danno luogo ad abbattimento e collapso.

La teoria della congestione cerebrale come causa di eclampsia, professata già da *Braussais* fu ad un tempo la meglio accetta in Italia. Che alla necroscopia delle donne morte per eclampsia si trovi congestione più o meno pronunziata dell' asse cerebro-spinale non v' ha dubbio; e questa condizione è più frequente dello stato opposto vale a dire l' anemia; ma nulla fa supporre che l' eclampsia sia stata preceduta dalla congestione. Al contrario si ha tutto il diritto di presumere che ne sia la conseguenza, se si considerino i disturbi profondi prodotti dall' intensità degli accessi. Di più dal modo di insorgere delle prime convulsioni si può a buon dritto indurre che congestione non esista, poichè i prodromi dell' eclampsia nel più dei casi mancano. Essa congestione sarà, se non necessaria, almeno probabilissima conseguenza delle convulsioni ed in grado proporzionale alla loro durata, frequenza ed intensità. E qui non posso trattenermi dal far osservare a quegli scrittori, che stabiliscono a priori l' eclampsia esser sintoma di congestione cerebrale, perchè col salasso guarisce: che avviene qui del salasso nell' eclampsia, quello che si osserva del medesimo nella pneumonite. Sono ben lungi dal non voler ammettere assolutamente, che rare volte la congestione cerebro-spinale preceda l' eclampsia; ma allora il modo di insorgere di quest' ultima ce ne renderà avvertiti

Da ultimo non posso dispensarmi dalla critica sull' esclusivismo della congestione cerebrale. Per oppugnare

le dottrine uroemiche o speticoemiche in genere dai *congestionisti* si dice: non vi ha albume nelle urine, dunque non vi ha malattia renale. Ma ciò non basta; la loro negazione non è corroborata da profonde osservazioni, nè da validi argomenti tratti dall' anatomia patologica, essi negano senza provare. A questo proposito mi piace di qui riportare per sunto, un brano di una stupenda memoria scritta da *Braun* nel 1862 sull' eclampsia.

Esso alla necroscopia di un' eclampsica, nelle urine della quale non apparve mai albume vita durante, trovò degenerazione colloide (amiloide) del cuore, del fegato, degli epiteli dei reni, avendo già annunziato *Rokitanski* (ciò che *Virchow* stesso confermò) la malattia di *Bright* dipendere parte da degenerazione adiposa delle cellule epiteliali renali, parte da metamorfosi colloide delle medesime. Colla reazione clinico-chimica, come dissi, *Braun* non riscontrò albume nelle urine; la reazione iodica invece dimostrò la presenza di corpuscoli colloidi. *Braun* adunque vede il morbo di *Bright* e lo intossicamento uroemico quali cause dell' eclampsia, perchè: 1° avendo l' anotomia patologica dimostrato la presenza della nefrite nei reni dopo l' eclampsia. 2° In sette osservazioni fatte dal famoso patologo la nefrite già da settimane esisteva prima dell' eclampsia. 3° Che la nefrite, come altre gravi affezioni, conduce all'aborto o all'eclampsia, non solo durante il parto, ma ancora dopo il medesimo. 4° L'albuminuria non viene prodotta da numerosi accessi eclampsici, ne tampoco accresciuta, lo che viene addimostrato da un caso di degenerazione amiloidea dei reni, nel quale dopo 24 accessi non si rinvenne albume nelle urine.

Io non starò qui a combattere quanto vi sia di appuntabile sulle teorie del *Braun* avvalorate dalle osservazioni di un *Rokitanski* e di un *Virchow*, mi sono permesso soltanto di citarle, affinchè mi si conceda che coloro i

quali sostengono assolutamente essere l' eclampsia generata da congestione cerebro-spinale, per sostenere con decoro e con ragione le loro opinioni, dovrebbero dapprima praticare le osservazioni additate da quei sommi e trovatele erronee, proclamarne con maggior verità e profitto i risultati.

Finalmente si opina da molti l' eclampsia essere una nevrosi per irritazione riflessa del sistema spinale, il cui punto di partenza risiederebbe nell' utero e nelle sue appendici. *Scanzoni* e *Tyler Smith* ne sono i più validi ed autorevoli difensori. A dire il vero io mi sento attratto da questa teoria; anzi oso quasi dire che quando l' eclampsia si mostra nella gravidanza e durante il travaglio del parto se non sempre causa efficiente, ma costantemente determinante sia l' irritazione reflessa dei nervi utero-vaginali sul midollo.

Nei due casi da noi esposti abbiamo due donne in condizioni affatto opposte. La prima sana, improvvisamente colta da accessi violentissimi, senza o quasi albume nelle urine. Nell' altra invece uno stato idroemico, come lo dimostrano l' edema e l' ascite preesistenti alla comparsa dell' eclampsia stessa (1). Ora nel primo caso come potrebbesi trovar spiegazione delle convulsioni dalle dottrine septicoemiche in genere, se la donna era sanissima e normali ne erano le urine! Conviene ammettere un disturbo di origine o centrale o periferica. Non lo può ammettersi centrale, 1° perchè i fenomeni di congestione apparirono dopo ripetuti accessi, dei quali senza dubbio furono sintomatici, 2° dacchè una semplice irritazione

---

(1) L' esame microscopico del sedimento urinario non trovò nè tubuli, nè elementi parenchimatosi renali. L' esame del sangue diede povertà di globuli rossi e prevalenza di bianchi.

locale, ad esempio il contatto del dito sul collo uterino produceva un accesso. Il coma fra gli accessi; il rossore alla faccia; l' iniezione dei vasi del collo; la perdita dell' intelligenza ecc. stavano bensì a dimostrare uno stato congestivo cerebro-spinale, ma consecutivo agli accessi.

Infatti dopo i primi accessi si aveva inalterata sensibilità e perfetta funzionalità psichica, mentre queste venivano abolite solo dopo il rapido succedersi delle convulsioni, le quali producendo uno stato tetanico nei primi momenti impedivano il reflusso del sangue venoso, quindi stasi e congestione.

Nel secondo caso invece si tratta di donna gracile, malaticcia, anassarcatica. Qui anche escludendo la septicoemia può l' eclampsia attribuirsi ad edema cerebrale da anemia, ovvero ad irritazione reflessa.

Ora un esclusivista senza tener a calcolo che l' eclampsia può tenere a svariatissima etiologia, avrebbe detto si tratta di congestione cerebrale, quindi una terapia energica, come la si suol chiamare, epperciò salasso e salasso, che se nessun vantaggio portò nel primo caso, nell' altro sarebbe stato certamente fatale.

Anatomia Patologica. — Nei due casi da noi osservati fortunatamente non è stato concesso di fare studi necroscopici, avendo ottenuto le nostre inferme una completa guarigione. Diremo perciò quanto sappiamo dagli studi altrui dell' anatomia-patologica di questa malattia.

Gli sforzi dei patologi per penetrare la natura delle modificazioni anatomiche dei centri nervosi, ai quali si legano le convulsioni dell' eclampsia sono rimasti sino ad oggi senza risultati. Le modificazioni organiche che avvengono nei medesimi sono fugaci, o non lasciano traccie di sè dopo la morte, ovvero sì delicate che sfuggono agli odierni mezzi di investigazione. Altre volte si riscontrano alterazioni fisiche dell' asse cerebro-spinale, ma

insufficienti a render conto de' fenomeni rilevanti, osservati durante la vita. Infatti se si eccettui l' edema della polpa cerebrale e delle meningi, una soffussione sierosa dei ventricoli del cervello, che sembrano legate all' anassarca che talvolta ha preceduto, le lesioni che si riscontrano nel cervello delle eclampsiche sembrano consecutive alle convulsioni ed esserne il risultato. Esse consistono ordinariamente in una congestione dei vasi encefalici, o più raramente in un focolaio emorragico entro la sostanza cerebrale.

Questi dati che talvolta mancano, o che trovansi in grado tale da essere insufficienti a dare spiegazione dei fenomeni avuti in vita, hanno condotto a ricercare altrove la causa morbosa, nei liquidi cioè dell' economia e specialmente nel sangue.

Braun dice che i polmoni sono costantemente la sede di edema, causato dalla stasi sanguigna che si determina nei medesimi durante gii accessi. Noi dobbiamo pienamente confermare tale osservazione; e quantunque i nostri due casi non abbiano dato luogo a necroscopia, l' esame obbiettivo ed i fenomeni subbiettivi del torace vengono in conferma del dettato di *Braun*.

Secondo i lavori di *Bach*, *Frerichs*, *Imbert-Gaurbeyre* le sole alterazioni organiche che trovansi costantemente nei cadaveri delle eclampsiche sono quelle dei reni. *Bailly* anzi dice che se sono sfuggite ad un certo numero di osservatori è di attribuirsi all' insufficienza dei mezzi esplorativi da essi usati. Secondo i suddetti autori nei soggetti che soccombono all' eclampsia trovansi le differenti alterazioni che caratterizzano la malattia di *Bright* nei suoi diversi gradi. L' occhio nudo anche molto esercitato non basta a scoprirle, è necessario il microscopio. Nei reni di questi cadaveri si trova: congestione epiteliale dei tubi, essudazioni albumino-fibrinose all'interno dei tu-

bi e nel parenchima renale, degenerazione grassosa dei medesimi tubuli.

Sintomatologia e decorso. — È quistione se l' eclampsia insorga senza prodromi, ovvero sia preceduta da fenomeni precursori. Nei due casi da me osservati non potrei assolutamente affermare se vi fossero stati segni annunzianti gli accessi, giacchè le due donne vennero trasportate all' Ospedale quando già l' eclampsia erasi manifestata. Tuttavia se devesi prestar fede alle relazioni delle persone di famiglia, che non avrei ragione di mettere in dubbio, la eclampsia sarebbe insorta repentinamente. I preludi adunque sono stati riguardati a torto come immancabili da *Deleurye*, *Dewees*. *Denman* e molti altri hanno attaccato molta importanza al dolore di stomaco. *Velpeau* ha riscontrato che molte donne sentono un peso all' epigastrio, una durezza, una sensazione dolorosa in fine in tale regione qualche settimana prima. In tutti gli autori si trova menzionata una serie infinita di segni prodromici, fra cui la sonnolenza, la irritabilità, vertigini, cefalea, ambliopia, fotopsia, tintinio di orecchi, malessere ecc.

La descrizione dell' accesso eclampsico poco si scosta da quella dell' epilettico. Fra i due casi da me citati fuvvi tanta analogia che cumulativamente posso descriverli. Predominavano dapprima per alcuni istanti le convulsioni toniche; il capo ed il tronco rovesciati all' indietro, come per avvicinare l' occipite ai calcagni. Le estremità in estensione; la fisonomia si scompone in uno stato convulsivo; gli occhi rotati all' insù; l' utero fortemente contratto. Cominciano quindi le convulsioni cloniche che invadono di un tratto tutto il sistema muscolare. Le membra si incurvano, si flettono e si estendono con una celerità sorprendente, le labbra sono stiracchiate in tutti i sensi, le quali, col rapido rotare del bulbo danno alla fi-

sonomia un aspetto strano e spaventoso. La lingua viene sporta ed introdotta con una certa rapidità dalle arcate dentarie, così che spesso è compressa fra le medesime rimanendone incisa e malconcia. La faccia è arrossata, cianotica, i vasi del collo turgidi e rigonfi, la bocca si riempie di schiuma, talvolta sanguinolenta, che in maggior copia si mostra sul finir dell' accesso e che la frequente respirazione fa schioppettar fra le labbra. In fine può dirsi che non vi ha parte del corpo che non si agiti, che non si contragga, poichè vengono emesse durante l' accesso e feci e urine.

Velpeau, e con esso molti altri autori, afferma poter esser varia la durata degli accessi, da pochi minuti sino ad un ora intera. Nelle nostre due eclampsiche il numero degli accessi presentò un enorme differenza: nella prima 62, nella seconda 6. L' accesso veniva preanunziato da notevole rallentamento di polso; terminava con romorose e affrettatissime respirazioni e talvolta da esclamazioni esprimenti dolore, sofferenza.

Diagnosi. — La distinzione delle vere convulsioni puerperali dalle epilettiche ed isteriche, che possono aver luogo durante la gravidanza è basata sugli stessi principii che governano tale distinzione fuori della medesima. Le nostre due donne non aveano mai sofferto di epilessia e di leggeri si potè escludere questa forma di convulsioni. Non furono giudicate convulsioni isteriche, dacchè l' anamnesi le eliminava in ambo i casi; di più durante gli accessi non si conservava in parte la coscienza. Si escludevano poi anche coll' anamnesi le convulsioni da intossicamento di acido carbonico, alcool, piombo, narcotici ecc.

Prognosi ed esiti. — Il prognostico in genere è favorevole più per la madre che per il figlio se le convulsioni si manifestano durante la gravidanza o nel trava-

glio del parto. Le nostre due donne sono perfettamente guarite. Dei due feti l' uno morì 30 ore dopo la nascita, l' altro vive tuttora. Si noti però come in ambo i casi la gravidanza non fosse a termine. Nei cinque casi avuti in questa Clinica Ostetrica durante un decennio si ebbero altrettante guarigioni. In un quadro sinnotico di eclampsie puerperali raccolto dal *Belluzzi*, trovo 10 casi e tutti con esito fausto. Favorevolissimi risultati trovansi nei resoconti degli Istituti Ostetrici del *Lazzati*, del *Lovati*, del *De Billi*, come pure quelli del *Pastorello*. Non così può dirsi dei successi che si ottengono in Francia, Germania ed Inghilterra. Da quei pochi dati statistici che ho potuto raccogliere trovo che *Unter* e *Lower* dicono: più della metà delle eclampsiche mancano. *Dubois* crede l' eclampsia più pericolosa delle metrorragie. *Parr* scrive che si perdono 6 o 7 donne sopra 10. *Jacob* pretende che muoiono tutte. *Ryan* annovera il terzo di mortalità. Secondo *Braun* un terzo delle madri muore. *Churcill* dice che ne muore un quarto e *Romberg* uua metà. *Gaillard* nella sua pratica ha visto morirne la metà. Secondo quest' ultimo le convulsioni con edema sarebbero meno pericolose di quelle senza edema. *Blot* di 4 casi senza edema ne perdette tre, di tre casi con edema non ne perdette alcuna. In due casi senza edema *Regnault* e *Devilliers* perdettero ambedue le eclampsiche; in 9 con edema ne perdettero 5. Secondo *Cazeaux* la mortalità dei casi con edema è di 11 sopra 55: di quelli senza edema 7 in 15.

La eclampsia poi è meno grave durante il travaglio del parto che prima del medesimo; poichè essendo lo svuotamento dell' utero nei più dei casi il mezzo unico per far cessare gli accidenti eclampsici, è naturale che il pericolo delle convulsioni starà in ragione diretta delle difficoltà che ponno incontrarsi per lo sgravio. Se il

collo dell' utero a modo d' esempio è tale da render facile l' estrazione del feto, minor durata ordinariamente avranno gli accessi. Questa è la causa che rende il pronostico più incerto, quando cioè l' eclampsia avvenga durante il periodo della gravidanza e tanto maggiormente quanto è più lontana l' epoca dello sgravo.

Cura. — Una malattia che si presenta sotto condizioni tanto svariate e la cui patogenesi è ancor dubbia, doveva cadere naturalmente nelle mani dell' empirismo, dando campo così alla polifarmacia di assaggiare a casaccio or questo or quel rimedio, ed avvenendo la guarigione attribuirlo all' ultimo amministrato.

I mezzi curativi usati nei due casi esposti non produssero effetti tali da poter trarre illazioni utili a dar norma onde stabilire un metodo curativo. Ed in vero se si consideri che la eclampsia si manifesta con sintomi spaventosi, se si pensa alle conseguenze degli accessi quando siano violenti e prolungati, si comprenderà come il medico non trovando immediatamente vantaggi da un dato rimedio, subito ne amministri un altro e quindi un altro ancora, non aspettando talvolta nemmeno il tempo che la fisiologia e terapeutica insegnano esser necessario onde si spieghi la sua azione. Pertanto nei due casi della Clinica del Prof. *Massarenti* un solo mezzo ha portato un utilissimo ed immediato vantaggio, lo svuotamento dell' utero.

Sono indotto a credere che tutto quanto si riferisce alla cura preventiva nell' eclampsia abbia una importanza relativa, poichè come puossi prevedere l' insorgere della medesima, che il più delle volte come di sbalzo si mostra? Se però si potè, esaminando le urine, riscontrare nelle medesime la presenza dell' albume; se la donna fosse anassarcatica, o avesse edema rilevante o agli arti inferiori o alla faccia, si potrà, ma senza gran fonda-

mento, temere lo insorgere di attacchi eclampsici, ed in allora la cura preventiva consisterà nella osservazione rigorosa dell' igiene delle donne gravide, dieta leggera e nutriente e di preferenza animale; aver riguardo che gli intestini funzionino regolarmente eccitandoli con rimedi catartici salini; moto regolare all' aria aperta; evitare i luoghi eccessivamente caldi non bene aereati, le bevande stimolanti; attivare le secrezioni mediante bagni caldi, frizioni, vestiario addatto.

Mezzi curativi usati nella eclampsia tanto prima del parto, quanto durante e dopo il medesimo.

Salasso. — Questo antichissimo metodo di emissione del sangue, e del quale in altri tempi fecesi un vergognoso abuso, si adopera tuttora a cura dell' eclampsia. Ed anche oggi giorno quantunque sia scemato il numero dei suoi partigiani ad oltranza, pur tuttavia vi hanno di molti, i quali ammettono non potersi curar l' eclampsia senza il salasso. Ma in relazione a quanto dicemmo sulla patogenesi dell' eclampsia, non dobbiamo rifiutare del tutto tale mezzo curativo; quando cioè vi siano i segni di congestione cerebrale o primitiva o consecutiva alle convulsioni, onde diminuire la pressione intravasale e lasciar più libero scarico ai vasi dei centri nervosi. Il salasso generale è preferibile al locale, perchè libera più rapidamente il sistema vascolare. L' arteriotomia, il salasso alla iugulare ecc., oggi sono affatto banditi dalla pratica. Intorno alla quantità del sangue da estrarsi e al numero dei salassi non divido affatto l' opinione di *M. Lachapelle*, nè di *Depaul*, i quali, qualunque fosse lo stato della eclampsica prescrivevano di estrarre a larga mano sino a due mila grammi di sangue. Nella C. fu praticato dapprima un salasso di 300 grammi e dopo due giorni un

secondo di 250: meno qualche variazione in meno nel numero delle pulsazioni non si ebbe alcun favorevole risultato; che anzi lo stato dell' inferma andò sempre facendosi più grave.

Anestetici. — Dopo la scoperta di questi prodigiosi medicamenti vennero tosto applicati a cura dell'eclampsia. *Channig* per primo impiegò con successo l'etere solforico in una donna presa da eclampsia durante il travaglio, l' anno stesso in cui erano scoperte le proprietà anestetiche del medesimo (1847). Nell' anno seguente *Richet* con esito pure felice ricorreva con lo stesso scopo al cloroformio. *Simpson* in Inghilterra imitò una tal cura. Il nuovo metodo presto si generalizzò ed al giorno d'oggi non vi ha ostetrico che non ne faccia uso. A dire il vero in Italia si è piuttosto restii a giovarsi di tale spediente; anzi chirurghi ed ostetrici illustri aborrono dal cloroformio, spaventati credo esageratamente di qualche raro sinistro da esso prodotto. Nel primo caso di eclampsia, di cui abbiamo scritto, fu provocata la cloroformizzazione, ma la inferma cadde in istato di collapso che spaventò chi la praticava, forse per poca abitudine nell' usarlo. Ma la unanimità dei più insigni ginecologi ed ostetrici nel lodarne l' efficacia, deve necessariamente persuadere essere un tal mezzo potentissimo e giovevolissimo nei più dei casi tanto per prevenire gli attacchi successivi, quanto per moderarne l' intensità. Fra i più zelanti partigiani del cloroformio si annoverano *Simpson*, *Channing*, *Seyfert*, *Scanzoni*, *Fleetwood*, *Churchill*, *Trousseau*, *Jaccoud*, *Blot*, *Meisinger*, *Leudet*, *Campbell*, *Chassagny*, *Braun* e *Chiari*. Fra quelli che si mostrano meno convinti dell' efficacia abituale del cloroformio si cita *Paul Dubois*, *Cazeaux*, *Pajot*, *Tarnier*. *Gaillard Thomas* così si esprime riguardo del cloroformio. « Il salasso è di molto inferiore ad esso nei suoi risultati, mol-

to meno vantaggioso ed accompagnato da pericoli maggiori. Il modo di agire del cloroformio nell' eclampsia può non avere che una importanza mediocre nel teorizzare un fatto terapeutico; ma non così per la scienza. È credenza adunque che il cloroformio senza agire sulla causa primitiva della malattia, ne sospenda però i disordini muscolari, moderando l' abnorme eccitamento del midollo, prodotto, sia esclusivamente dal sangue alterato, sia per azione riflessa, sia per disturbi centrali. Attenuando le violenze convulsive diminuisce la congestione cerebro-spinale. Sarebbe adunque un rimedio moderativo non radicale propriamente detto. E perciò sarà mestieri che la sua amministrazione sia fatta di buon ora, affinchè possa raggiungersi l' effetto utile prodotto dall' anestesia. » Io mi passo delle regole speciali da osservarsi nell' amministrazione del cloroformio.

Evacuanti. — Nel primo dei nostri casi si usarono i drastici ma senza effetto. Tutti gli autori però convengono dell' utilità dei medesimi. Essi agirebbero o come derivativi, o, secondo i seguaci della dottrina uroemica, procurerebbero l' eliminazione dei prodotti septici, alla presenza dei quali pare legarsi l' uroemia. I purgativi salini per la quantità di mucosità sierose che evacuano rispondono allo scopo; essi fanno sì, che le secrezioni intestinali divengano supplementari in certe condizioni di quelle della pelle e dei reni. Ma siccome durante gli accessi o dopo i medesimi, o per spasmo faringeo, o per trisma, ne riesce sempre difficile la ingestione così si potrà ricorrere ai clisteri lassativi o stimolanti.

Emetici. — L' emesi si ottenne in uno dei nostri casi col tartaro stibiato, ma gli accessi che sopraggiunsero furono più forti, per cui si desistè dal ripeterne l' amministrazione. L' uso degli emetici fu frequentissimo nel 17° secolo. *Miquel* osserva giudiziosamente che suscitandosi

con essi convulsioni parziali, non vi ha sicurezza di calmar le generali. Ammesso ancora, che gli emetici potessero portare qualche giovamento si devono temere, a mio giudizio, non solo perchè possono peggiorare lo stato congestivo cerebro-spinale, ma per il pericolo che le materie vomitate penetrino, durante l' accesso ed il coma, nelle vie aeree conducendo alla soffocazione.

Narcotici. — Sembrerebbe a primo aspetto che nessuna sostanza dovesse preferirsi agli oppiati nella cura dell' eclampsia; nullameno non ne ha alcuno i cui vantaggi siano stati tanto contestati. *Petit* attribuisce loro la morte della madre e del feto. *Hamilton* ne è implacabile nemico. *Burns* crede l' oppio più pericoloso che utile. *Lachapelle* e *Dugét* ne proscrissero l' uso. All' opposto *Bland* vanta le preparazioni tebaiche come rimedio eroico nelle convulsioni puerperali. Nei nostri casi l' oppio ed i suoi preparati non hanno giovato nè internamente, nè inietati col metodo ipodermico. L' oppio forse potrà essere proficuo quando la eclampsia sia dipendente da nevrosi, non mai quando sia effetto di affezione centrale o di uroemia. *Cazeaux* con la maggior parte degli ostetrici francesi bandisce l' uso degli oppiati e giustifica tale esclusione per il pericolo di aggiungere l' azione congestiva del medicamento a quella che risulta dalla malattia stessa.

Cloralio. — Divenuto la panacea per tutte le malattie fu esperimentato ad alta dose nei due casi della nostra Clinica ma senza alcun giovamento.

Revulsivi. — Vescicanti nella C. furono applicati e in abbondanza; dapprima all' interno delle coscie e delle braccia, poscia alla nuca; ma la loro tarda maniera di agire non produsse alcun effetto sugli accessi. Sono convinto che essi abbiano contribuito al rapido dissiparsi del coma. Il ch. Prof. *Roncati* usa i vescicanti in certe

forme di manìa melanconica ed in taluni casi ne ha ritratti vantaggi incontestabili. Questo distinto alienista con ragione condanna il modo di applicazione che comunemente si usa dei vescicanti. Essi devono essere applicati alla regione del vertice ove esistono fori emissari di scarico e non già al collo. *Velpeau* li preconizza come mezzo non rapido, ma più persistente.

I senapismi o bagni senapati, quantunque sostenuti ad oltranza da *Velpeau*, *Dugét* ecc., credo non abbiano molto aiutato la guarigione delle nostre eclampsiche, quando benevolmente non si volessero mettere a parte della medesima.

Il settone alla nuca e la ventosa di *Junodseaux* hanno fatto il loro tempo. E quantunque *Cazeaux* vanti un caso di guarigione ottenuto coll' ultimo spediente, pure la pratica moderna li ha condannati all' obblio.

Bagni freddi al capo. — Quantunque nelle nostre due eclampsiche fosse sempre tenuta a permanenza una vescica ripiena di ghiaccio sul capo, non si può aggiudicare assolutamente a questa pratica una utilità rilevante. Tuttavia essa sarà mai sempre per giovare per la sua azione anestetica e per il calore che sottrae.

Bagni tiepidi generali. — Se praticabili potrebbero essere utili. Ma quando gli assalti eclampsici sono molto intensi e frequenti non è possibile, anche con persone pratiche, mantenere la donna nel bagno senza correr rischio di seri inconvenienti.

Provocazione del parto. — Un tal mezzo ha avuto nelle nostre eclampsiche un esito fortunato; ad esso solo, come altrove si è detto, devesi la cessazione dell' eclampsia. Nel primo caso lo stato dell' utero era tale, da non concedere nemmeno una lontana speranza di sgravio, per cui dovette farsi il parto prematuro artificiale provocato col tamponamento. Dopo 20 ore circa l' utero si era ram-

mollito, l' orifizio erasi dilatato tanto da ammettere le branche del forcipe, col quale si condusse a termine il parto. Nel secondo caso l' utero, già dall' entrata in Clinica dell' inferma dilatabile, in poche ore si dilatò al punto da render pure facile l' applicazione del forcipe. Se nelle convulsioni eclampsiche si debba subito ricorrere alla cura chirurgica non si può rispondere assolutamente. La condotta dell' ostetrico in dati casi di eclampsia è subordinata a circostanze diverse, quali l' esistenza o l' assenza del travaglio, il decorso più o meno rapido di questo, l' intensità della malattia, i pericoli che corrono l' inferma ed il feto. Essa è subordinata sopratutto allo stato dell' orifizio uterino, alla sua dilatabilità. Se il collo è dilatato e dilatabile e l' inferma non corra pericolo di vita per l' intensità degli accessi, o per concomitanze ed epifenomeni gravissimi, si potrà lasciare il parto alla natura senza ricorrere ad atti operativi manuali od istrumentali, che se prematuri possono aggravare lo stato dell' inferma. Qui può applicarsi l' aforisma ostetrico: *vuotate l' utero tostochè lo si può fare senza violenza.*

Sonovi avversari alla provocazione del parto nella eclampsia; e fra i più insigni *Moreau*, *Paul Dubois*, *Depaul*, *Pajot*, *Blot*. Essi si appoggiano alle seguenti considerazioni:

1. L' eclampsia è sintoma di malattia generale, dunque lo svuotamento dell' utero non può farla cessare di un tratto.

2. I mezzi per provocare il parto agiscono sì lentamente, che la malattia per sè rapidissima, può compiere in egual maniera il suo corso.

3. In alcuni casi anche svuotato l' utero la eclampsia persiste.

4. Il danno di vedere aumentare gli accessi per l' irritazione del collo uterino.

Ma se in alcuni casi la eclampsia perdura dopo lo svuotamento dell' utero, nel maggior numero dei medesimi cessa. Dei mezzi poi che si adoperano per provocare il parto alcuni hanno un' azione relativamente sollecita, come ne fa fede lo zaffo applicato dall'abilissimo *Massarenti* in una delle nostre eclampsiche. Per cui ammaestrato da tali fatti porto la convinzione, che ben s' appongano *Velpeau, Stoltz, Chailly, Krause, Tarnier, Janlin* e *Jacquemer* dell' utilità dell' intervento precoce onde dar termine al parto.

Mi permetterò in fine di accennare a quali norme io mi atterrei nella cura dell' eclampsia.

Dapprima sarà necessario di prendere le solite precauzioni generali, applicabili a tutti i casi. Si dovrà in primo luogo tenere l' inferma coricata in posizione supina e nel mezzo di un letto possibilmente largo, onde evitare le facili cadute pei convellimenti eclampsici. A prevenir ciò sarà necessaria la presenza di una o più persone che ne moderino colla minor violenza possibile i movimenti. La camera sarà tenuta sempre ad uniforme temperatura e frequente ne sia il rinnovamento dell' aria. Le urine saranno evacuate colla sonda, se la vescica faccia tumore all'ipogastrio. Di tratto in tratto sarà bene di praticare l' ascoltazione addominale per riconoscere se il feto vive o se soffra. Questa pratica come pure il palpamento, la percussione devono essere evitate più che sia possibile, poichè possono servire come di stimolo o di eccitamento al rinnovarci degli attacchi. Una precauzione da aversi bene a mente si è di evitare le gravi lesioni che avvenir possono della lingua, interponendo fra le arcate dentarie, un pannolino a più doppi per impedirne l' avvicinamento.

Si metta l' inferma sotto l' influenza del cloroformio, specialmente sull' apparir della malattia.

Abbandonare i narcotici.

Salasso generale se vi ha indicazione, ma usarne con parsimonia.

Agire largamente sulle intestina con drastici o con clisteri lassativi.

Vescica di ghiaccio al capo.

Affrettare il parto. Tamponamento se il collo non è dilatabile.

Analoghe sono le indicazioni quando la eclampsia si manifesti durante il travaglio del parto o dopo il medesimo.

DELL' OSTETRICIA IN ITALIA DALLA METÀ DEL SECOLO SCORSO FINO AL PRESENTE. — Saggio storico del Prof. *Alfonso Corradi.* — (*Breve Sunto*).

Questa nostra Società Medico-Chirurgica il 20 Giugno 1870 apriva un Concorso al Premio *Gajani 1870* ponendo a tema « *Esporre ed apprezzare la parte che spetta agl' Italiani nell' avanzamento della scienza ed arte ostetrica, non che nello studio delle malattie delle puerpere e dei neonati, dal principio del secolo fino al presente.* » Alla chiusura del concorso, il 31 Dicembre 1871, si trovò esservi soltanto un concorrente, ed il voluminoso manoscritto fu affidato allo studio ed esame di speciale Commissione, la quale nella Sessione Accademica del 10 Marzo successivo (veggasi più innanzi il processo verbale di questa sessione) riferiva i molti pregj ed i meriti non comuni di quell' opera, opinando che avesse soddisfatto pienamente alle esigenze del Programma; lamentando anzi che il valore materiale del Premio non rispondesse all' entità ed importanza dell' Opera presentata. Accolto

dall' Accademia il parere della Commissione, ad unanimi voti venne aggiudicato il premio a quest' Opera che era contrassegnata coll'epigrafe — *O utinam possim populos reparare paternis artibus.* Ovid. — della quale si trovò esserne autore il nostro socio corr. Cav. Dott. *Alfonso Corradi* Professore nella R. Università di Pavia.

Come facemmo, or son due anni, per la Storia della Chirurgia in Italia del medesimo autore, oggi pure per meglio dare ad intendere il concetto ed il fine del Saggio storico intorno l' Ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente, riferiremo le parole stesse dal Prof. *Corradi* poste innanzi, a modo di *Avvertimento*, all' opera sua.

« Poche parole m' è d' uopo di premettere per dare ragione del piano da me seguito in questa storia. Giudicando non buona allo scopo la forma biografica, non altro restavami che di dividere la materia nel modo che più naturalmente era possibile. Dal Sommario che segue agevolmente può vedersi la distribuzione adottata, e che parvemi più acconcia a conseguire il fine propostomi, cioè di esporre non solamente le dottrine e le operazioni che formano un reale progresso nella scienza ed arte ostetrica, ma eziandio di raccogliere que' fatti che, cresciuti di numero, ampliati da più diligente osservazione, fecondati dall' esperienza, possono servire di punto di partenza, o di fondamento per nuovi studj, per trovare nuovi espedienti di cura, ovvero per correggere e mutare gl' insegnamenti delle scuole, le pratiche usate. Circa poi la predetta distribuzione degli argomenti, ognuno di leggieri comprenderà ch' essa non poteva essere così sistematicamente particolarizzata come in un libro d' Istituzioni; giacchè se il trattatista può accomodare come più gli talenta il proprio soggetto, non avendo per esso verun vincolo di tempo e di luogo, io invece dovea adattare la

mia narrazione secondo la materia, che mi trovava innanzi apparecchiata dagli scrittori di determinato tempo e luogo.

« Se non che, per vero dire, in cotesti limiti non sempre mi sono tenuto chiuso. M' è sembrato indispensabile di estendere la mia storia anche più indietro, e particolarmente di comprendere quella della seconda metà del secolo scorso; perciocchè il presente tiene pur sempre radice nel passato, nè di quello può aversi piena cognizione, e neppure prevedere ciò che potrà produrre, senza sapere com' esso a quel grado sia venuto, quali stadj abbia percorso e quali mutamenti abbia subito. Parimente non ho potuto far a meno di mettere a confronto le cose nostre con quelle di altre nazioni; ma non in guisa da fare eziandio la storia dell' ostetricia di queste, bensì semplicemente per meglio dichiarare il principale mio soggetto.

« Io non poteva esercitare la critica sopra tutti i particolari, perchè ciò di troppo avrebbe allungato il lavoro, ed anche perchè non sarebbe stato possibile per quegli argomenti che soltanto mercè della riprova possono essere giudicati: io pertanto ho contenuto la critica stessa (nel modo migliore che m' è sembrato, e certamente senza passione) sopra gli oggetti principali, e sopra le più generali dottrine.

« Ora altro non mi resta che raccomandare me stesso ed il mio lavoro (a cui studio e diligenza grandissima dedicai) alla benignità de' giudici e de' lettori, se pure di questi oltre quelli ei potrà avere ».

L' opera poi è così divisa e coordinata nelle sue parti.

In forma d' *Introduzione* è discorso dell' Ostetricia in Italia nel secolo scorso tanto rispetto alle scuole che vi sorsero ed all' insegnamento che vi veniva dato, quanto alle opere d'istituzioni o d'argomento generale, che allora videro la luce; delle altre che riguardano soggetti parti-

colari riserbandosi l'autore di farne cenno, se il caso ne sia, nel corso della storia, mano a mano che verrà occasione di discorrere de' soggetti medesimi: e ciò per evitare ripetizioni, ed eziandio per non aver interrotta l'esposizione del come la scienza e l' arte progredissero nelle idee e nelle pratiche a tali argomenti relative.

Delle scuole ostetriche di Torino, di Bologna, di Padova e Venezia, di Milano e Pavia, di Firenze, di Roma e di Napoli è discorso in ispeciali paragrafi: le altre aperte in minori città, siccome a Verona, Roveredo, Mantova, Treviso, Reggio dell' Emilia, Macerata ed Aquila sono pure ricordate. Fin dal 1728 fu instituito nel maggiore Spedale di Torino una sala per le partorienti, acciò si *rendesse più agevole alle levatrici della città di abilitarsi nella loro professione:* e quand' anche nel fatto l' istruzione fosse data più tardi che non avrebbe dovuto essere, nondimeno quella fu la prima scuola che sorgesse fra noi, quando non poche colte nazioni erano tuttavia prive di simil benefizio. Parecchi de' nostri governi mandarono de' giovani a Parigi ad istruirsi sulle cose ostetriche; e due privati, il *Tortora* di Napoli e il *Di Pietro* di Roma, non meno liberali de' principi davan modo al *Ferrara* ed all'*Asdrubali* d' educarsi in quelle allora famosissime scuole. Ma, e maggiormente ancora, ci possiamo rallegrare del modo cui parecchi de' nostri maestri adopraronsi per rendere più profittevole l' insegnamento. Il *Galli* di Bologna con quegl' ingegnosi suoi modelli, con que' suoi uteri di creta e di cristallo, con que' feti pieghevoli ed articolati rendeva più sensibili e maneggiabili quegli obbietti, che fino allora non eransi generalmente veduti che disegnati od incisi in carta. Con il *Galletti* di Firenze, che educossi alla scuola di Bologna, può dirsi che tal parte di meccanica ostetrica salisse a grado eccellente. Ma le sottili e complicate con-

gegnature servivan piuttosto a testimoniare la maestria dell' artefice, che ad istruire le levatrici ed i giovani chirurghi; i quali assai maggiore utilità traevano dagli esercizj, che il nostro *Monteggia* faceva loro fare sul cadavere, prima che avessero da metter mano in soccorso delle partorienti. Altri senza dubbio, prima del Chirurgo di Milano, fece esperimenti nel bacino di donna morta col cadavericciuolo di bambino appena nato; ma quelli erano diretti a chiarire qualche particolare quistione, nè davano fondamento ad un compiuto sistema d' istruzione: lo stesso *Giampietro Frank* raccomandava soltanto ai maestri delle levatrici di giovarsi della buona occasione. di donna morta nel parto subito dopo per raffermare in modo più sensibile ed al vero conforme le cose insegnate innanzi con fantocci, e con gli usati espedienti; e ciò non prima del 1817 era raccomandato.

Ma, oltre che perfezionare il metodo ed i mezzi dell' insegnamento, la maggior parte di coloro che alle scuole ed agl' instituti anzidetti presiedevano, procacciarono di giovare alla scienza ed all' arte de' parti con gli scritti, pubblicando compiuti trattati, operette elementari, dissertazioni sopra speciali argomenti. Uomini già saliti in riputazione per lavori importanti, per applaudite scoperte, non isdegnarono, siccome il *Malacarne*, di addestrare rozze levatrici e di scrivere per loro: ned altri temettero di recar offesa alla chiarezza del nome, o di troppo umiliare l' ingegno facendosi, siccome il *Monteggia*, traduttori delle cose altrui, quando già aveano mostrato di sapere lavorare egregiamente del proprio. Fuori ancora dall' ordine de' pubblici insegnanti, medici, chirurghi ed anatomici occupavansi dell'ostetricia e delle cose ad esse pertinenti: persone eziandio di chiesa prendevano in ciò parte, e quantunque elleno talora eccedessero nel loro uffizio, o non ben comprendessero il fine e gl' in-

tendimenti dell' arte ostetrica, nulladimeno l' opera loro non fu senza frutto, nè senza importanza. Basta ricordare l' *embriologia sacra* del *Cangiamila*. Fra i trattati poi, de' quali il nostro autore dà un cenno ed insieme un giudizio, merita speciale menzione quello del *Valli* o *Valle*, da noi ingiustamente dimenticato, dagli stranieri non bene giudicato.

La maggior parte de' nostri scrittori ebbe dell' ostetricia giusto ed insieme elevato concetto: il *Vespa* dava largo campo all' insegnamento teoretico e pratico, ordinava sistematicamente le operazioni ostetriche e v' aggiungeva la storia dell' arte e de' suoi cultori. L' influsso della scuola francese sulle nostre certamente fu grande; nondimeno l'ostetricia italiana non tutto prendeva di fuori, nè quello che assumeva lasciava senz' opera propria o mutamento. Nel condurre con metodo sperimentale l' insegnamento, nel perfezionare gli artifizj per rendere questo più facile e profittevole, i nostri autori anzi che copiare diedero imitabili esempj. Nè perchè educavansi a Parigi *Tanaron*, *Vespa*, *Valle* deponevano quella moderazione nell' uso degli strumenti, quella semplicità negli ajuti dell'arte, che sì bene accordavasi con quella maniera gentile e conforme alle viste della natura di medicare, che il *Redi* avea celebrato, e che i suoi seguaci omai avean fatta da prerogativa d' una provincia, cosa nostrana e nazionale. D' altronde non solamente in Italia primeggiavano le dottrine francesi; in Germania eziandio erano a que' tempi sovrane, perchè *il Reno conduceva allora alla Senna*, ed il *französiche Accoucheur* avea per sè il favore della moda.

Cercando quindi le cagioni, che tra noi nel secolo scorso fecero ostacolo ai progressi dell' ostetricia, trova l'autore che furono le medesime che incepparono lo svolgimento della scienza e dell' arte chirurgica; oltre che per

quella furonvi anche ragioni speciali, fra le quali è principalissima il non aver avuto l' Italia ospizio od istituto per le partorienti, che potesse porgere larga opportunità di studj e di esercizio ai nostri ostetrici. E però, poichè assai maggiori furono le difficoltà che gli ajuti, il giudice discreto maggiormente terrà conto delle cose fatte ed ottenute; per le altre che non si toccarono o non compironsi avendo piuttosto parole di scusa, che di rampogna.

In quest' Introduzione alcuni fatti ancora abbiamo trovato indicati, che parrebbeci male qui pure non ricordare, tanto eglino sono importanti, o fuori dell' ordinario. Ed importantissima senza dubbio è l' istituzione fatta in Firenze nel 1776 de' pubblici ostetrici e delle levatrici condotte, la quale faceva parte del servigio medico-chirurgico nelle case de' bisognosi della città. In Bologna fu impresa la pubblicazione d' un giornale ostetrico con rami fin dal 1788, cioè l' anno dopo che era sorto in Germania l' *Archivio* dello *Stark*, e tredici anni innanzi che vedessero la luce *les Archives de l'Art des Accouchements* di *Schweihgäuser*, che furono le prime effemeridi ostetriche che avesse la Francia. In Bologna ancora prima che cominciasse il secolo, e quando certamente non pensavasi in America alle patenti di dottoressa, fu insignita della laurea in Filosofia e in Medicina una giovane, *Maria Dalle Donne*, la quale poi nel 1804 fu scelta Direttrice della scuola delle levatrici, e quindi ancora ascritta nella classe degli Accademici Benedettini, siccome già v' ebbero posto le famose *Laura Bassi* e *Clotilde Tambroni*.

Dall' Introduzione passando al soggetto proprio del libro troviamo tosto due capitoli, che comprendono la parte generale dell' opera; poichè vi è discorso degli ospizi per le partorienti per l' insegnamento dell' ostetricia, degli ajuti che per essi od in altro modo vennero dati alla scienza ed all' arte, delle cose fatte od osservate in tali

istituti. De' trattati e delle altre opere didascaliche è dato ragguaglio e giudizio: sul metodo negli studj ostetrici, sull'utilità che questi possono trarre dagli esperimenti son fatte varie considerazioni; e così pure circa il più giusto concetto dell' ostetricia.

Diviso in quattro parti il lavoro, giacchè il *Concepimento* e la *Gravidanza,* il *Parto,* il *Puerperio* e le *Cure pel neonato* naturalmente indicavano sì fatta divisione, di ciascuna è detto secondo che importa alla relativa fisiologia, patologia e terapeutica.

Alla sezione prima è dato principio con un capitolo che s' aggira intorno la maturazione e distacco degli ovuli, la fecondazione ed alcune cause di sterilità: ma di ciò solamente per quanto all' ostetrico può importare. Con il medesimo proposito, lasciando i maggiori particolari all' embriologia ed alla fisiologia, parlasi dell' embrione, del feto, degli organi che gli sono annessi, del come la creatura si nutra e cresca, dell' attitudine che tiene nell'utero, e de' cambiamenti che in essa succedono.

Innanzi di dire de' segni della gravidanza e delle mutazioni che subisce l' utero gravido, si discorre dell' esame ostetrico e delle parti sue principali, cioè esplorazione, ascoltazione, percussione e pelvimetria. La gravidanza abbreviata e protratta, la composta e la complicata danno materia a tre capitoli, comprendendo nel capitolo della gravidanza multipla la quistione della *superfetazione.* In tre altri capitoli entra tutto ciò che riguarda le malattie simulanti la gravidanza, la gravidanza extra-uterina, le malattie dell'uovo e del feto, e per conseguenza l' aborto e l' emorragia come ordinarie conseguenze di quelle.

La seconda parte si suddivide in due, secondo cioè che il partorire si conforma a natura, od altrimenti. La sezione dell' Eutocia comprende non solamente lo studio

delle cause efficienti il parto, e de' modi con cui succede, tanto che venga innanzi il vertice, quanto la faccia od alcuna parte inferiore; ma altresì comprende i principali soccorsi che si porgono alla partoriente, perchè meglio e più speditamente, e senza dolore ancora, possa sgravarsi. É pur detto come la placenta venga espulsa, quanto duri, traendo la media somma di molti calcoli, il travaglio del parto; quanto proporzionatamente siano frequenti le varie presentazioni e posizioni, e com' esse vadano ripartite. Nè sono ommesse, anzi tengono il primo posto, alquante considerazioni sul bacino guardato sotto il punto di vista dell' ostetricia.

Il parto non naturale porgeva argomento a più lunga trattazione: e per vero in questa sezione troviamo non meno di 16 capitoli, che abbracciano le molteplici cause di distocia procedenti dalla madre, dal feto e dagli organi annessi. Parti difficili per istrettezza od irregolarità della pelvi in conseguenza di rachitide, d' osteomalacia di inveterata claudicazione; parti difficili per angustia o chiusura delle vie genitali, per tumori nelle medesime, per vizio di altre parti contenute od intromesse nel bacino, per obliquità e spostamento dell'utero. Ma le troppo fiacche, siccome le soverchie od in altro modo irregolari contrazioni dell' utero rendono il parto difficile o pericoloso: pericolosissimo poi lo fanno, e pur troppo talvolla irremissibilmente mortale, l' emorragia, l' eclampsia, e la rottura dell' utero. Di questi terribili accidenti e del miglior modo di provvedervi è distintamente parlato, siccome in ispeciale capitolo sono esposti i principali soccorsi, che convengono essendo la pelvi viziata.

Il feto si oppone al parto naturale per essere male situato, perchè con più parti e con parti disadatte ad uscire si fa innanzi, o perchè per malattie o per mostruosità ha forma irregolare o soverchio volume: le presen-

tazioni del tronco porgono motivo di parlare della versione e dell' evoluzione spontanea. La procidenza del funicolo ombellicale, le aderenze della placenta sono le precipue tra le cagioni di Distocia, che dalle parti annesse del feto provengono. Del parto pretermesso o mancato e della placenta trattenuta è discorso nel 32° Capitolo: similmente nel 28° della morte della donna gravida e della partoriente, dell' operazione cesarea *post mortem* e del parto provocato artificialmente, e con forza ancora, per le vie naturali da sostituirsi all' operazione cesarea medesima.

Segue l' esposizione di quelle operazioni ostetriche, che per la loro importanza, o per la pluralità delle indicazioni cui soddisfano, non poterono essere trattate negli articoli speciali: e però in 9 capitoli parlasi del rivolgimento, dell' uso del Forcipe e della Leva, della Cefalotomia, Cefalotripsia ed Embriotomia, della Sinfisiotomia e Pubitomia, del Parto prematuro artificiale, dell' Aborto provocato.

Le conseguenze straordinarie e morbose del parto, cioè l' emorragia, l' ecchimosi, le lacerazioni, il rovesciamento e prolasso dell' utero e della vagina formano il primo capitolo della Parte terza: segue il discorso delle *Malattie puerperali.* e principalmente di quella che dicesi Febbre puerperale.

Finalmente vengono gli articoli che trattano dell' allacciatura del cordone ombellicale, dell' allattamento, e di alcune malattie del neonato. Il quale ultimo capitolo, che nella serie è il quarantesimoterzo, non poteva riescire molto ampio, giacchè vi si doveva dire soltanto de' difetti o delle malattie, che trovar si possono ne' bambini, le quali esigono immediato soccorso: d' altronde de' vizj di forma del feto e de' tumori del medesimo che render possono difficile od impossibile il parto naturale, fu detto in

antecedenza; e nel Commentario della Chirurgia in Italia furono esposte eziandio le malattie infantili per le quali occorre l' opera della mano del chirurgo, od i suoi strumenti.

Enumerate così le parti in cui è divisa la Storia dell'Ostetricia italiana nel secolo XIX, avremmo ora da dire qualche cosa dell' insieme dell' opera, ed esprimere il carattere generale che la scienza e l' arte ebbe fra noi in tale tempo, com' esse si svolgessero, e quanto operassero i nostri autori nel farle progredire. Ma a tal uopo servono, meglio d' ogni altro commento, le parole stesse che l' autore metteva in fine della sua storia a modo di *Conchiusione*, e che però qui ci piace riferire. Avremmo pur voluto accennare le cose principali contenute ne' diversi capitoli, porre in vista gli argomenti che per osservazioni critiche, per copia di notizie o per novità d' indagini sono maggiormente meritevoli di considerazione; ma quest' analisi ci condurrebbe troppo in lungo. Contentiamoci per tanto d'indicare che ai capitoli della *Gravidanza extrauterina* e dell' *Operazione cesarea* vanno uniti due prospetti in uno de' quali sono compresi pressochè 70 casi, nell' altro più di 100 di questi casi; tutti sono di autori italiani, e di ciascuno sono considerati i principali accidenti e quelle particolarità eziandio dell' anamnesi e delle successioni, che compiono la storia del fatto, e servono a spiegarne il proprio essere e i di lui effetti. Altri prospetti veggonsi ne' capitoli de' *Parti multipli*, della *Superfetazione*, e della *Sinfisiotomia*. Negli argomenti del *Parto prematuro*, e dell' *Aborto provocato* più ancora che l' erudizione, quantunque copiosa ed eletta, al lettore piacerà di considerare come nel medio evo, e specialmente dal cinquecento in poi, i medici procurassero di mettere d' accordo il divieto religioso di sperdere la creatura con il diritto, che pur è nella madre, di conservare la propria

vita. Notiamo altresì che non solamente l' autore (tenendo la promessa data nell'*Avvertimento*) diè principio alla sua storia dalla metà del secolo scorso, ma che altresì, mano a mano, secondo l'opportunità, egli ha ricordato ciò che anche ne'secoli antecedenti fu scritto o fatto intorno all'ostetricia in Italia; onde che veramente tale storia ha maggiore estensione di quella che il titolo annunzia, anche perchè abbondano i confronti con l' ostetricia degli altri paesi. Che poi valesse la pena di risalire sì in dietro, e di scuotere la polvere di tanti vecchi volumi dai fatti stessi raccolti è provato: e per vero non è importante l' aver trovato (ciò che nessun autore innanzi avea sufficientemente avvertito) che già nel cinquecento adopravasi il forcipe per *estrarre vivo* il feto, che altrimenti non avrebbe potuto uscire? Curiose sono le ignote osservazioni del medico Faentino *Pier Salio Diversi* intorno il bacino troppo angusto e perciò cagione di parto difficile; e ad autore italiano del principio del seicento, *Epifanio Ferdinandi*, che niuno cita, spetta la storia di caso in cui ragionevolmente può credersi succedesse l' *evoluzione spontanea*, avvenimento singolare, che soltanto nel finire del secolo scorso la maggior parte degli storici dice essere stato osservato, od almeno descritto. I nostri antichi anatomici e chirurghi figurano altresì spesso ed onorevolmente nella Storia dell' ostetricia, tanto per i precetti dati, quanto per le osservazioni fatte e le cose operate.

Or ecco la promessa *Conchiusione*.

« Avversità di fortuna, sfiducia negli animi piuttosto che fiacchezza di mente tolse già a noi di aprire alla scienza ed all' arte de' parti nuove vie: ma l' imitazione non divenne servilità, poichè abbracciando le cose altrui seppero i nostri autori e mutarle e correggerle ed ampliarle, per modo che quelle, come de' primi difetti spogliavansi od aggiungevano altre utili qualità, vestivano for-

ma più propria e nostrana. Il metodo sperimentale, che qui nacque e da qui irradiossi nelle scienze fisiche, trovò pure in Italia chi seppe volgerlo in benefizio dell' ostetricia. L' esperimento fu alleato con l' osservazione clinica e con l' anatomia patologica, assicurando così sul triplice cardine anche questa parte della medicina, traendo da tale accordo nuove considerazioni per la fisiologia e la patologia de' parti, procacciando altresì che l' osservazione di ciò che negli animali succede all' umana ostetricia potesse giovare.

« L' opera de' nostri ostetrici fu come quella de' nostri chirurghi: se non generalmente peregrina per novità, abbagliante per arditezza, fu più e continuamente benefica per prudente circospezione. L' osservanza alle forze naturali non produsse neghittosa pusillanimità, nè la fiducia nella potenza dell'arte divenne smania faccendiera, o spinta a temerarj imprendimenti. Così da un lato vedemmo essere dato, pur operando, efficacissimo ajuto all' ostetricia conservativa forzando il parto durante l' agonia o dopo la morte delle donne gravide; dall' altro con mano pronta ed ardita porger vedemmo soccorso all' irrompere del sangue dalla matrice, a' violenti sussulti ed all' alterno letargo dell' eclampsia. I nostri ostetrici ben compresero che l' arte è conservatrice non solamente per quello che può fare nel momento del pericolo; ma per ciò eziandio che sa fare innanzi, preconoscendo il pericolo stesso, rimovendolo, od almeno diminuendone la malefica potenza: e però premurosi queglino accolsero gli espedienti dell' ostetricia *preventiva*, senza per altro farne strumento di colpevole massima; imperocchè la vita d'un essere non va senza estrema necessità dispersa per la salvezza di altro.

« L' efficacia e la potenza dell' arte non consiste nella moltitudine de' ferri, o nel loro artificioso congegnamen-

to; siccome la valentia dell' operatore non istà nel far tagli e nel recidere membra: nulladimeno nè il mite operare è sempre bastevole, nè le mani sempre sono sufficienti al bisogno; neppure qualsiasi strumento può servire a speciali operazioni. In provvedere a cotesto bisogno attesero parecchi de' nostri ostetrici, e veramente qualcuno vi provvide in modo egregio.

« In questi ultimi tempi per l'ostetricia, come per gli altri rami delle scienze mediche, si scorge maggiore studio ed alacrità così nella parte dottrinale, come nella pratica: pregevoli trattati generali vennero pubblicati, speciali argomenti furono svolti, più assiduamente raccolti i fatti negli ospizj delle partorienti, e meglio ordinati ai fini della statistica medica; nuovi procedimenti suggeriti, o modificati gli antichi, immaginati ingegnosi strumenti, con vigile sollecitudine seguiti i progressi della scienza e dell' arte. La distanza che ci separava dalle più colte e fortunate nazioni venne accorciata, ed in parecchi punti siamo già emuli di quelli che ci soprastavano. Ma non basta ancora: noi dobbiamo lavorare di più, o per meglio dire dobbiamo più assiduamente e premurosamente far conoscere il frutto dell' osservazione e dell' opera nostra, così nella pratica degli ospedali, come nella privata. Dobbiamo riunire lo sparso lavoro, perchè nell'accordo abbia vigoria di forze, larghezza di concetti ed insieme conformità di propositi. Maggiormente lavorando del proprio, ne' nostri studj dobbiamo come incarnare il carattere peculiare della scienza italiana, l' esperimento cioè collegato con l' osservazione clinica ed anatomica: le opere che pur possediamo, e così lodevolmente e fruttuosamente imprese con tale spirito, debbono a tutti essere d' incoraggiamento e di stimolo a proseguire la via. Ricorderemo altresì che gli studj storici nelle scienze, e particolarmente nella medicina, sono la più

sicura guida nel giudicare rettamente delle varie opinioni, e che i trionfi della scienza moderna non debbono fare dimenticare i lavori della passata; bensì collegare al nuovo ciò che l' antico ha di buono, e tenere della tradizione quella parte che assoda l' opera del presente e può servire di fondamento, o di grado per ascendere a nuove cose, od a migliori procedimenti. In simil guisa facendo, noi rimoveremo sicuramente il rimprovero, che più di trent' anni fa ci volgeva il *Velpeau*: rimprovero che se allora era immeritato, perchè non teneva conto delle condizioni in cui giaceva la scienza in Italia, e degli ostacoli che vi trovavano coloro che intendevano di coltivarla; non più tale sarebbe oggi, dappoichè sì fattamente mutò la fortuna pubblica, e tanti impedimenti vennero levati. Per buona ventura il fervore, che dalla nuova vita civile pur venne nella scienza e nella medicina soprattutto, la perseverante alacrità de' maestri, il buon volere de' discepoli, i saggj degli uni, le opere degli altri ci assicurano che non avverrà mai che di noi si dica esser venuti meno all' aspettazione, quando più agevole ci era la buona riuscita ».

PROGRESSI DELLA VACCINAZIONE ANIMALE IN BOLOGNA. — Memoria del Dott. *Cesare Belluzzi*

(*continuazione e fine, vedi fascicolo di Gennaio-Febbraio* 1872)

Sunto delle Vaccinazioni e Rivaccinazioni Animali praticate dal Dicembre 1866 a tutto il 1871

Anno	Animali bovini inoculati	Osservazioni	Vaccinati	Verificati	Con esito			Rivaccin.	Verificati	Con esito		
					regol.	spurio	nullo			regol.	spurio	nullo
1866	2 (1)		2	2	1 (2)		1	2	2			2
1867	10	In una vitella la vaccinazione non riescì.	48	48	39		9	8	8	1		7
1868	5	Una di queste vitella servì al disegno unito alla mia prima Memoria.	57	57	50		7	3	3	1		2
1869 (3)	10 (4)	Vaccinai anche una capra (5).	118 (6)	118	103		15					
1870 1° sem.	3	La seconda e la terza vitella furono inoculate quasi senza effetto, adoperate infatti sopra 61 vaccinazioni si ebbero soli esiti genuini	96	94	79		15	10	10	3		7
			14	14	14							
	1	Vitellina di latte vaccinata senza effetto.										
2° sem.	3	In queste fu cominciato ad essere usato il *detrito*.	64	62	56		6	2	2			2
1871 1° sem.	16		142	137	134		3					
	1	Per le reclute del Distretto militare.										
	4	Servirono pel Ricovero di Educazione forzata, alle quali operazioni il Comitato prestò il suo concorso.						740	723	373	114	236
	2	Vitelline di latte, una con effetto.	1	1	1							
2° sem.	14		66	59	55		4	254	235	121	20	94
	1	Giovenca che servì pel Comune di Budrio.										
	1	Vitellina di latte, con effetto.										
	73		608	592	532		60	1019	983	499	134	350

(1) La prima vitella fu inoculata due volte non essendo riescita la prima inoculazione: colla stessa linfa vaccinica animale poi avuta da Napoli in tubetti che servì a inoculare la vitella, feci il 16 Dicembre 1866, tre vaccinazioni ed una rivaccinazione coll' ago scanellato, non ottenendo che pustole spurie in quest' ultima.

(2) Con questa pustola vaccinai un fratello della prima inoculata, nel quale riescì, e colle pustole di esso inoculai un altro bambino pure con effetto.

(3) Alla fine del 1869 io ed il dott. *Pilla* dopo aver veduto la vaccinazione animale in Napoli usammo la lancetta a vaccinare gli umani come ivi si usa generalmente, ma continuando ad usare per lo più la linfa vaccinica animale raccolta in tubi, gli esiti negli animali non furono migliori degli antecedenti, bensì allorchè cominciammo ad usare il *detrito* vaccinico nell' estate del 1870 come risulta da questo specchio.

(4) Si credette mancato l' esito in una vitella inoculata con vaccino conservato da tre mesi circa, mentre non avenne che un ritardo nell' eruzione. In una di queste 10 vitella fu usata linfa vaccinica animale di *Warlomont* di Bruxelles avuta gentilmente dal ch. Sig. Prof. Cav. *Gamberini*, che riescì come il vaccino animale avuto da Napoli.

(5) Il 28 Luglio 1869 inoculai una capra di 6 anni, lattante, adoperando linfa vaccinica animale, nelle quale ottenni pustole spurie.

(6) Varie di queste vaccinazioni furono fatte con pustole animali commesse e ricevute da Napoli.

Volendo vedere la proporzione dei successi sugli insucessi nelle vaccinazioni e rivaccinazioni animali da noi operate non si deve certamente ricavarla sul totale, perchè trattandosi di un metodo nuovo molti esiti mancati si debbono in gran parte ad imperizia non al metodo stesso, e perchè essendosi tentati nel 1870 innesti sugli umani con pustole animali poco sviluppate gli insucessi relativi vanno attribuiti a mancato esito negli animali vacciniferi.

Per avere un idea di quanto giungemmo ad ottenere colla vaccinazione animale fa d' uopo osservare gli esiti ottenuti nel 1° semestre 1871, perchè in tale periodo di tempo, oltre che fu adoperato il *detrito* della pustola animale a vaccinare anche gli animali, il che segna secondo noi un notabile progresso di questa pratica, le operazioni vacciniche furono fatte più continuatamente e quasi senza interruzione. Or bene in detto semestre le vaccinazioni verificate furono 135 e su di esse non si ebbero che 3 insuccessi; e le rivaccinazioni ottennero sulla massa quasi il 52 per 100, esito che, eccettuati i militari nei quali si ebbe il minore successo, salì al 58, e negli stabilimenti fino al 66 e al 83; come venne constatato dai medici dei medesimi. Ecco il relativo dettagliato Specchio.

Vaccinazioni e Rivaccinazioni Animali operate nel 1° Semestre 1871

Vaccinati		Verificati	Con esito		
			genuino	spurio	nullo
143		138	135	—	3
Rivaccinati					
In Uffizio . .	310	293	149	53	91
Alunni del Collegio Ungarelli	42	42	35	—	7
Artiglieri del 3° Reggimento	10	10	3	—	7
Reclute del Distretto . .	189	189	60	25	104
Alunni del Ricovero di Educazione forzata	189	189	126	36	27
	740	723	373	114	236

I suddetti risultati, come ognun vede, possono stare a confronto anche coi più favorevoli della vaccinazione umanizzata.

Oltre poi il numero riportato di vaccinazioni animali, noi distribuimmo vaccino animale a molti colleghi della città e fuori, non che a vari Municipi, il che diede luogo naturalmente ad ingente numero di altre vaccinazioni animali.

Dirigemmo poi una ricerca ai medici che si erano servito del *cow-pox* da noi riprodotto per le vaccinazioni dei loro clienti, al fine di conoscere come aveva loro corrisposto il *detrito* della pustola animale raccolto nei cristalli scavati, e se alcuno dei loro vaccinati o rivaccinati era stato colto successivamente dal vaiuolo arabo. Le risposte ricevute furono delle più rassicuranti. Quanto alla prima ricerca ci dissero che il *detrito* servì loro assai bene, sicchè può sostituire la pustola e in certi casi essere alla medesima preferito, perchè si conserva più lungamente; certamente poi è da anteporsi alla linfa vaccinica animale raccolta negli ordinari tubi di vetro (1). Quanto all'altra ricerca sapemmo che *niuno* di tali medici osservò casi di vaiuolo arabo nei loro vaccinati o rivaccinati col vaccino animale e si verificarono solo 3 casi di vaiuoloide l'uno nel bambino B..... veduto dal ch. Prof. *Roncati*, vaccinato nel nostro Uffizio, il secondo in un cliente dell'onor. Sig. Dott. *Golinelli* e l'altro in un bambino cliente dell'onor. Dott. *Benetti* nei quali tutti fu egualmente mite. Potrei citare le attestazioni verbali o le lettere di molti colleghi della città nostra, come degli onorevoli *Vella*, *Gamberini*, *Romei*, *Capuri*, *Benetti*, *Golinelli*, *Bertolazzi*, *Rossi*, *Gardini*, *Busi* ecc. ma per esser breve mi limiterò solo a riportare le lettere seguenti degli onor. Dottori *N. Mellotti* ed *E. Benetti*.

---

(1) È tale la facilità d'insuccesso adoperando la linfa vaccinica animale raccolta nei tubi consueti di vetro, che al fine di riescire furono dal *Danel* proposte nel 1866 perfino *le iniezioni sottocutanee mediante l'ago da iniezioni* (Gazz. med. di Torino N. 16 Anno 1867. Sunto del Dott. *Paventa*). — Io usai nel 1868 la sciringa di *Pravaz* inutilmente in una bambina di 2 o 3 mesi in casa della levatrice Carolina Minelli di questa Città.

Onorevoli Colleghi

Dottori C. Belluzzi e G. Pilla

« Ritengo che il numero dei soggetti da me vaccinati mediante il *detrito* della pustola animale contenuto in cristalli scavati, ricevuto da voi, compresi i 42 alunni del Collegio Ungarelli, si avvicini ai ducento, e con esito felicissimo, essendo mancato solo in pochi fra i rivaccinati. Due volte poi ebbi un successo straordinario: con un solo cristallo rivaccinai cinque individui (di 7 anni, di 45, di 48, di 55 e di 70), ed in tutti, quanti innesti praticai, comparvero altrettante bellissime pustole. Con altro cristallo rivaccinai in Giugno p. 4 giovanette, e colla lavatura di esso fatta con acqua tiepida rivaccinai la loro servente e tutti con brillante successo. In nessuno poi de' miei vaccinati o rivaccinati ho osservato il vaiuolo arabo durante l' epidemia che lungamente ha dominato fra noi.

Abbiatemi per

Bologna 5 Marzo 1872

Vostro aff. collega

Dott. Napoleone Mellotti »

Egregio Dott. Cesare Belluzzi

« Dei non pochi fanciulli da me sottoposti all'innesto vaccinico e degl' individui da me rivaccinati col pus animale fino dall' anno 1866 e 67, quando Voi per primo, con bella ed utile iniziativa vi faceste ad attuarlo in Bologna, nessuno, per quanto io mi sappia, tranne uno, di cui parlerò più sotto, ebbe a patire d' allora in oggi insulto di vaiuolo od espressione morbosa di vaiuolosa influenza.

A questa comunicazione, in riscontro della vostra lettera, reputo opportuno, Egregio Dottore, significarvi ancora come il detritus vaccinico da Voi somministratomi siami sempre perfettamente riuscito ne' fanciulli di primo innesto. Aver fallito solamente nel quadrienne fanciulletto Luigi P., nel quale, ritentato per ben tre volte a lunghi intervalli, non potè mai attecchire. Annoto lo stesso fanciulletto essere stato inutilmente inoculato col pus umanizzato, o come suol dirsi da braccio a braccio. E, cosa strana, dopo avere resistito ad una nuova prova di innesto animale, ammalò di lì a poco nella primavera del 1871 di leggera vaiuoloide!

Ne' miei rivaccinati il numero dei perfettamente riusciti supera *di molto* il numero di quelli in cui fece difetto, o non bene fiorì l' innesto.

In generale nei casi da me praticati di rivaccinazione, vidi la medesima più facilmente fallire negli uomini, di quello che nelle donne.

Negl' individui poi che furono da me vaccinati o rivaccinati col pus animale non ebbi mai ad osservare conseguenze o complicazioni morbose di sorta alcuna.

Non tacerò per ultimo di un fatto singolare, il quale serve a provare quanto sia grande la bontà e l' energia del detritus animale e quanto questa possa per lungo tempo in esso perdurare, se di buona provenienza e qualità. — Due vetri contenenti detritus vaccinico commescolato a poche gocce di glicerina venivano da me presi nella penultima seduta praticata dal vostro Comitato di Vaccinazione il 9 Dicembre 1871. Dimenticati per caso in un cassetto, furono da me posti in opera solo la sera del 11 Aprile corr., in due giovane della nostra città, per nome Giulia e Giuseppina R., che oltrepassano il ventesimo anno di loro età. Il detritus fu previamente diluito con poche gocce di acqua ed accuratamente rimescolato.

L'inoculazione fu eseguita con rigorosa esattezza. Ebbene, quel detritus, *di tanto invecchiato*, diede luogo ad una pustulazione vaiuolosa, ch' io posso dire modello e quale di rado ci accade vedere. Nella maggiorenne Giulia su due incisioni si ebbe una pustola sola, accerchiata da larga macchia di color roseo ben pronunciato, pustola perfettissima per forma, sviluppo e procedimento. Due ne ebbe la minorenne Giuseppina, rispondenti alle due incisioni praticate, bellissime esse pure per forma, vero tipo di pustole vaiuolose, regolarissime nel loro sviluppo e procedimento e al pari della suaccennata, accerchiate da due larghe chiazze di un rosso vivace.

E qui fo punto pregandovi ad avermi sempre per vostro

Bologna 26 Aprile 1872

Aff.mo collega
Enrico Benetti »

Quanto ai medici fuori della nostra città potrei riportare lettere non poche, come del *Consolini* di Imola, di *Serra* di Rimini ec. ma mi restringo a riferire pochi brani di due lettere del mio egregio collega ed amico Dott. *E. Janssens* di Bruxelles, al quale spedimmo io e il Dott. *Pilla* il materiale vaccinico per dar origine ad un Ufficio di vaccinazione animale Municipale in Bruxelles, intrapresa dal medesimo *Janssens* in compagnia di *Van Hertom*.

In data 25 Ottobre 1871 egli mi scriveva che col detrito di 7 cristalli aveva Egli ed il suo collega inoculato 3 belle giovenche, nelle quali *toutes ces inoculations ont donné un resultat complet*, affermando d' avergli procurato così una sorgente sicura e abbondante di *cow-pox*.

E in altra del 12 successivo Novembre aggiungeva. *L' inoculation de pus* (della giovenca) *à bras a également donné de belles pustules carateristiques, et je suis désormais en mesure de satisfaire à toutes le demandes de lynpha vaccinale pour le service de l' administration Comunale.*

Merita ancora di essere segnalato il modo con cui è stata eseguita la vaccinazicne animale in un Comune importante della nostra Provincia, e cioè nel Castello di Budrio, pel quale il nostro Comitato inoculò la 1ª Vitella, dando ancora le necessarie istruzioni a proseguirla. Vari benestanti del medesimo luogo, che possedevano bestiame, prestarono gratuitamente chi una vitella, chi due pel bisogno di detta vaccicazione, rimanendo così al Municipio spese assai limitate.

Si sono ivi tenute non poche sedute e la popolazione vi è accorsa in buon numero, il quale fatto come onora la parte intelligente e comoda di detta popolazione, torna eziandio a lode del popolo delle campagne, il quale si è addattato volentieri alla rivaccinazione, che la maggioranza dei medici consiglia.

Ecco il prospetto redatto da quel Medico-Chirurgo condotto, Sig. Dott. *Sebastiano D' Ormea,* favoritomi dal ff. di Sindaco Sig. *Pedrazzi*, dietro la cui iniziativa fu fatta la vaccinazione animale in quel Comune.

Sunto numerico delle vaccinazioni animali eseguite in Budrio l' anno 1871-72

Numero delle Sed.	Data	Vaccinati	Verifiche			Rivaccin	Verifiche			Totale generale
			Num.	Esito positivo	Esito negat.		Num.	Esito positivo	Esito negat.	
1ª	3 Dicem. 1871	1	1	1		26	26	19	7	N. 27
2ª	10 »	1				24	16	10	6	25
3ª	17 »	7	5	3	2	55	40	28	12	62
4ª	24 »	3	2	2		43	13	11	2	46
5ª	31 »	7	3	3		94	44	26	18	101
6ª	7 Gennaio 1872	1				37	13	11	2	38
7ª	14 »					29	24	22	2	29
8ª	21 »					30	17	10	7	30
9ª	28 »					8	2	2		8
	Totale	20	11	9	2	346	195	139	56	N. 366

La vaccinazione animale iniziata dal Comitato Bolognese in questo Comune non rimase senza imitazione, e può dirsi che fu seme che diede abbondante frutto, giacchè altri Comuni fecero ad un dipresso altrettanto, e tra per avere addottato il vaccino animale, tra per avere facilitato ai contadini le vaccinazioni e rivaccinazioni, facendole nella domenica dessi accorsero di buon animo e numerosi, concorrendo così a limitare questa epidemia che dura da non poco tempo nella nostra Italia.

TRADUZIONI E RISTAMPE

Sulle variazioni di temperatura del corpo nella pneumonite primitiva acuta. — Del prof. dott. *Lebert*, clinico a Breslavia.

Di questo importantissimo lavoro, basato sopra 150 osservazioni cliniche con curve termometriche di pneumonite genuina, durante un periodo di 7 anni, noi rendiamo le tesi che il *Lebert* ha aggiunto alla fine del lavoro come sunto delle sue esperienze.

1. In casi rari la pneumonite acuta primitiva può avere un decorso quasi affebrile, od almeno con sola leggerissima febbre; però anche in tali casi essa può presentare ad un dato momento una remissione critica, la quale, in tal caso, suol scendere fin sotto la normale.

2. Non si confondano questi casi con la così detta forma ambulatoria della pneumonite, nella quale ultima i disturbi subiettivi possono, vero è, essere così insignificanti, che gli ammalati si fidano di restare fuori del letto e continuare i loro affari con tutta la pneumonite esistente; ma ciò non ostante secondo la mia esperienza clinica, la temperatura misurata in questi casi di pneumonite ambulatoria sorpassa considerevolmente la normale, anche dopo un soggiorno prolungato all'aria libera fredda.

3. Dalle forme oligopiretiche ed ambulatorie della pneumonite si debbono inoltre distinguere le forme abortive, nelle quali la febbre può essere mediocre o pur anche intensa, i fenomeni locali anch' essi ben pronunziati; però la malattia non solamente passa alla soluzione con crisi ben determinata già al terzo o quarto giorno, ma essa di più è rimpiazzata da guarigione completa pochi giorni dopo. Questi casi anch' essi sono al pari delle due precedenti categorie rare eccezioni

4. L'accrescimento della temperatura nella pneumonite primitiva avviene rapidamente, attingendo il più delle

volte approssimativamente la massima del decorso ulteriore già nei primi giorni (fino a 40,0°, più di rado anche a 41,0°), vale a dire un aumento medio di 3,0 e più. Sono però da togliersi i casi nei quali il trasporto all' ospedale condizionò un aumento considerevole diretto e passeggiero della temperatura. — Per 1|9 dei casi da me osservati l' accrescimento era più lento, sia con principio di malattia più stentato, sia con decorso anatomico ordinario della pneumonite. Nella maggioranza dei casi però il massimo di 40° e più gradi anche in questi casi d' intensità media, si ottiene fra il quinto giorno e la fine della prima settimana, qualche volta preceduto da oscillazioni ben marcate.

5. Il massimo della temperatura rare volte è al di sotto dei 40,0°, e non meno rara e passeggiera è una temperatura al di sopra dei 41,0°; essa ordinariamente attinge una cifra la quale oscilla fra 40,0° e 40,5° con un massimo il più delle volte di breve durata; altezza, la quale si osserva relativamente più rara nella bronco-pneumonite, spesso nel tifo, qui però di durata molto più prolungata.

6. In casi di rapida soluzione favorevole la pneumonite attinge la sua massima di calorico nei primi 3, 4 giorni, ordinariamente però il massimo assoluto cade nel 4, 5, 6 giorno, più di rado nel 7, 8, 9 giorno. L' acme dell' altezza febbrile nella pneumonite primitiva si osserva dunque in media alla metà e nella seconda parte della prima settimana, più di rado nella prima metà della seconda settimana.

7. Come nel tifo così anche nella pneumonite si hanno non di rado giorni isolati con febbre intensa anche dopo la decadenza febbrile, in mezzo a giorni con temperatura normale o quasi normale, un' efimera intercalata, per così dire, con una temperatura di 39,5° a 40,0°. Finora ho cercato invano la causa pirogena di questo innalzamento passeggiero.

8. Il grado di altezza media della temperatura è di 40° in media nella pneumonite, più di rado fra 39°, 40°, però abbastanza spesso anche fra 40°, 41°; cosicchè le temperature febbrili ed i valori medii relativamente alti non sono rari nella pneumonite genuina, senza avere perciò come tali un cattivo significato prognostico.

9. Un abbassamento di temperatura passeggiero denominato anche decadenza apparente, si ha spessissimo nella pneumonite primitiva ed è proprio una particolarità delle curve pneumoniche.

È probabile che esista un connesso fra arresto nel processo locale e defervescenza passeggiera, e corrispondentemente fra nuova esacerbazione di temperatura e rinnovata estensione della malattia. La defervescenza apparente può dunque corrispondere ad una remissione di influenze pirogene.

10. La defervescenza passeggiera si presenta ordinariamente più volte e non solamente in casi con soluzione critica, ma ancora nei casi con lisi terminale. Esse defervescenze però si avverano anche in casi con esito letale, allora però debbono distinguersi scrupolosamente dal collasso proagonico.

La defervescenza passeggiera può illudere il medico non solo rispetto alla crisi creduta prossima, ma inoltre se coincide con intervenzioni terapeutiche essa può accrescere immeritevolmente il valore di queste ultime.

11. Non di rado la defervescenza passeggiera ha un significato antecritico nel senso, che spesso dopo di essa l' altezza febbrile di prima non è raggiunta più e che le remissioni prevalgono progressivamente sopra l' esacerbazioni serotine. Qualche volta più defervescenze apparenti danno alla curva un'aspetto d' intermittenza.

12. La defervescenza passeggiera può realmente avere un significato critico rispetto al polmone che fu affetto il primo e diventa una defervescenza transitoria, se l'altro polmone è attaccato secondariamente dalla pneumonite. In casi rari si osservano relazioni simili nei veri recidivi.

13. Egli è molto più facile l' osservare una defervescenza apparente una sola volta nel decorso di una pneumonite che non due o più volte. Essa suol avverarsi al 4° e 5° giorno, quindi, con frequenza molto minore però al 6° 7° 8° giorno, eccezionalmente più tardi. Comparando questi giorni col periodo d' incidenza della vera crisi, vediamo come essi realmente coincidono spesso con i preliminari della crisi.

14. Se si avverano due di queste defervescenze apparenti, la prima ordinariamente l' osserviamo al quarto ed all' ottavo giorno, la seconda fra il settimo ed il decimo.

La quantità di calorico di rado non è diminuita che di un grado, in media 1, 5 — 2, 0, quest' ultima cifra sta come valore medio; però in 1|8 delle nostre curve si ebbe 3, 0 — 3, 5 0|0; anzi una volta 4, 0°, ed un' altra volta fino a 4, 5° 0|0; cosicchè la parte corrispondente della curva acquista l' aspetto di una curva di febbre ri-

corrente. L' istesso si osserva rispetto alla seconda defervescenza, là ove mai esiste.

15 L' abbassamento passeggiero del calore non è sotto il normale che per eccezione, più spesso esso attinge la media normale, ordinariamente però il minimo della defervescenza apparente oscilla intorno ai 38°, qualche volta, allorquando la temperatura precedente era molto alta, fra 38, 0° e 39, 0°.

16. L' altezza della temperatura prima della defervescenza può già diminuire progressivamente, suole però non di rado essere ancora relativamente alta, oscillando fra 39,5° e 40,5°. Dippiù non è raro, che la temperatura prima della defervescenza incipiente accresca rapidamente e considerevolmente; è questa la così detta perturbazione critica degli antichi, che si designerebbe meglio come precritica.

Essa apparisce più spiccata specialmente dopo una defervescenza intercorrente ed acquista un carattere speciale nel fatto, che durante la crisi succedente, il calore non di rado scende rapidamente al disotto della normale, simile ad una curva di ricorrente.

17. Invece della perturbazione critica osserviamo anche non di rado una decadenza febbrile progressiva, lenta. In questi casi le remissioni diventano sempre più considerevoli finchè è attinta la norma, alla quale segue la minima, la temperatura sottonormale poi non prima che uno o due giorni dopo. Tale crisi lenta è meno eccezionale che non si suol credere ed essa spesso corrisponde propriamente al processo della soluzione anatomica, di lento andamento.

18. Veri giorni anticritici, nei quali la temperatura scende già notevolmente prima della defervescenza reale, si osservano non meno che giorni postcritici, nei quali la febbre dalla normale scende alla sottonormale. Qualche volta si osserva una remissione serotina ben marcata al giorno anticritico.

19. Gettando uno sguardo rapido sull'andamento della curva anticritica, noi troviamo che l' ascensione del calore, indotta ordinariamente da brivido, raggiunge in pochi giorni (3°, 5° giorno) un' altezza rimarchevole, con remissione la mattina ed ascensione verso sera, rare volte verso il mezzogiorno o nella notte; dopo aver raggiunto la massima il calore cade poco a poco ovvero rapidamente nella seconda metà della prima settimana o nel principio della seconda, diventando però non di rado

irregolare in apparenza per una defervescenza passeggiera, per ascensione o discensione precritica.

20. Le oscillazioni giornaliere nella pneumonite sono state classificate in così detti tipi, stabilendo un tipo remittente, un tipo intermittente ed un tipo di rilasciamento. Però questi tipi non solo oscillano nel decorso di una ed istessa curva termometrica, ma di più il principio di distinzione delle oscillazioni secondo i gradi di calore è preferibile a quello di tipi, sempre più o meno ideali.

21. Solo eccezionalmente la differenza in 24 ore è meno di 0, 5°, più spesso le oscillazioni giornaliere han luogo intorno a 1, 0°, con variazioni però di piccolissime differenze come 0, 1° a 1, 0° ed un po' al di sopra. Molto più spesso si osserva una remissione regolare d'intensità media fra 0, 5° e 1, 0°.

Non è raro però che nell' istessa curva con oscillazione minima di 0, 5°, si attingano differenze maggiori quali 1, 5°, 2, 0°, 2, 5°; in altri casi la differenza minima fra remissione ed esacerbazione è di 1, 0°; attingendo anche in media 2, 0°. Devesi invece considerare come eccezione (4 0|0 delle mie curve) se la minima differenza è di 1, 5°; mentre si ottiene 2, 0°, 3, 0° anche 4, 0°, come differenza massima.

22. Al tipo continuo corrispondono dunque oscillazioni giornaliere che non sorpassano 0, 5°; al tipo mediocremente remittente le oscillazioni di un valore medio di 1, 0°; al tipo fortemente remittente quelle di 1 1|2, 2, 0° e più; all' intermittente, valori medii ancora più considerevoli, i quali nelle loro cifre massime danno alla curva un aspetto simile a quella della ricorrente specialmente mediante le interruzioni prodotte da defervescenze apparenti. Il cambiamento dei tipi nel decorso dell' identica malattia, il loro valore diverso secondo l' altezza media della curva, tutto ciò aumenta l' incertezza del metodo dei tipi, e se si aggiunge in fine a tutto ciò un terapia attiva della pneumonite, allora l' azione dei salassi, della digitale, della veratrina, dei bagni freddi, possono rendere impossibile il riconoscimento di un tipo fondamentale delle oscillazioni giornaliere.

23. Ho versato la mia attenzione speciale sul fatto, se le oscillazioni basse od alte abbiano un significato prognostico proprio: fin ora però non ho potuto constatare tale connesso. Non più marcato significato sull'esito della malattia hanno i tipi mischiati nell' identica curva.

Anche rispetto alla crisi la diminuzione di giorno in

giorno del calore in totale è d' importanza molto maggiore che non le differenze giornaliere.

24. La propria crisi, la defervescenza permanente del calore come passaggio al miglioramento ed alla guarigione, in niuna malattia è così frequente e così marcata come nella pneumonite primitiva acuta. Nella sua totalità però la crisi non è niente affatto un atto il quale si svolge con quella rapidità che si suol credere, e dal principio della defervescenza sino al suo compimento nella temperatura minima la crisi clinicamente ed anatomicamente parlando è un processo, nel quale il giorno critico non rappresenta per così dire che un solo atto.

25. Il principio della fase di defervescenza, escluso il periodo non raro preparatorio, cade molto più spesso nelle ore serotine tarde che non in altro periodo del giorno; la maggior parte della defervescenza perciò corrisponde alla notte precedente la crisi, e questa fase di 12 ore dovrebbe in fondo calcolarsi insieme al periodo critico, anche allorquando non si prenda affatto in considerazione la fase anticritica.

La temperatura inoltre non suole attingere la sua minima critica prima del giorno che segue al proprio giorno di crisi, dopo che si è avverata spesso la sera precedente un' ascensione sotto-febrile.

26. Una crisi protratta può in una serie di casi attingere una durata di fase critica di 2, 3, 5 giorni (calcolata dal principio della defervescenza continua fino al suo termine), e ciò non ostante distinguersi notevolmente dalla lisi.

27. Io per me non giudico giusta l' opinione, che mediante una terapia energica l' entrata della crisi si distingue essenzialmente da quella dei casi trattati aspettativamente; io nelle mie due serie corrispondenti non trovo differenza rimarchevole; sebbene singole curve sembravano più o meno influenzate nel loro aspetto generale.

28. Giorni critici fissi non esistono nella pneumonite e la crisi può subentrare nei giorni pari come dispari.

In casi di decorso molto favorevole il terzo ed il quarto giorno possono già essere giorni di crisi. Molto più spesso lo sono il 5° ed il 6° giorno, mentre la massima di frequenza cade sul settimo ed ottavo giorno. Questo fatto prova la inesattezza dell' opinione antica che cioè il quinto ed il settimo giorno siano i giorni critici principali, sebbene non si possa negare la frequenza della crisi in questi giorni. Non poche crisi avvengono ancora (in 1[7 di tutti

i casi) al nono ed undecimo giorno, mentre che 2|5 cadono sul settimo ed ottavo giorno; dopo l' undecimo giorno le crisi diventano più rare, al di là del diociottesimo giorno non credo che avvenghino più.

29. Comparando la frequenza delle crisi di tutti i giorni pari e dispari, si ottiene è vero una cifra un po' maggiore per i giorni dispari, però la proporzione risultante di 14: 11 confuta l' ipotesi della predominanza considerevole dei giorni dispari.

30. Il più delle volte dunque la pneumonite primitiva si decide fra il quinto ed il nono giorno. La fine della prima metà della seconda settimana sono perciò il periodo principale della decisione critica.

31. Oltre a queste regole generali ci resta ancora ad indicare le differenze termometriche nelle singole forme principali di pneumonite. Anche in casi piuttosto leggieri la crisi non subentra che rare volte al terzo giorno, il più delle volte dal 4° al 7°, cosicchè nella seconda settimana avviene la risoluzione e la convalescenza.

32. Nelle forme di media intensità senza complicazione la crisi non subentra affatto nella maggioranza dei casi nei primi giorni. Sebbene essa non sia rara al quinto o sesto giorno, pure è sorpassata di molto in frequenza dalla crisi che subentra verso la fine della prima ed il principio della seconda settimana; in più di 1|10 dei casi noi osserviamo che la crisi avviene soltanto fra l'undecimo ed il sedicesimo giorno. Una convalescenza non disturbata è molto più caratteristica per una pneumonite di media intensità anzichè una crisi relativamente precoce.

33. La pneumonite doppia non solo è molto più pericolosa, ma essa ha pure un decorso più rallentato e protratto che non la pneumonite unilaterale; intanto anch' essa non di rado passa relativamente presto, al 7° od al 8° giorno cioè (in 2|3 dei casi) alla soluzione critica, se si tratta di pazienti per altro sani, temperanti, di età giovanile. Ma il subentrare della decisione nella seconda settimana è molto più frequente nella pneumonite doppia che non nell' unilaterale, e ci resta 1|5 dei casi, in cui la malattia non si volge al miglioramento che lentamente ed il più delle volte per lisi non prima della terza o quarta settimana.

34. La pneumonite lobare acuta accompagnata da bronchite diffusa, la quale deve ben distinguersi dalla broncopneumonite, può ritardare sensibilmente la decisione critica, ordinariamente però lo è meno quest' ultima che non

nel miglioramento e la convalescenza in generale. L'istesso vale della bronchite putrida, la quale però rare volte complica la pneumonite.

35. La forma cosidetta pneumonite biliosa, toltone le molte esagerazioni attribuitele, non consiste se non in un catarro del dotto coledoco; io perciò la nomino — la forma itterica. In generale il decorso della pneumonite primitiva non è sensibilmente ritardato dall'itterizia; anche in questi casi la crisi si trova il più delle volte fra il quinto e l'undecimo giorno, non ostante abbiamo pure osservato risoluzione più ritardata e lenta, però come eccezione non già come regola. Anche la mortalità della pneumonite non è accresciuta, secondo la mia esperienza, dall'itterizia.

36. La forma tifosa della pneumonite presenta ora un carattere puramente tifoso, ora un carattere piuttosto irregolare atassico, rare volte lo spastico convulsivo (senza nefrite in complicazione). La forma tifoidea epidemica deve essere distinta dalla sporadica ed appartiene alle malattie d'infezione. Nella forma tifosa il decorso è più protratto; però nella metà al di presso dei casi la crisi subentra fra il 7° ed 11° giorno, nel resto più tardi, alla 3ª o 4ª settimana cioè, ed in una proporzione considerevole, quasi in 1|3 di tutti i casi, si ha una risoluzione lenta senza crisi; dippiù la mortalità è sensibilmente maggiore che non per la pneumonite ordinaria.

37. La forma alcoolica, la pneumonite dei bevitori, anche essa presenta una mortalità relativamente alta, però essa nelle sue forme più miti si può risolvere già nella prima settimana, il più delle volte però la crisi anche per questa forma di pneumonite si presenta non prima della seconda settimana od anche più tardi.

38. Per forma pneumo-pleuritica io intendo quei casi, nei quali durante il decorso della pneumonite l'essudato pleuritico diventa abbondante, perdurando quindi come malattia principale. L'intensità della pleurite però crescendo in tal caso non prima della decadenza, la crisi nella maggior parte non è ritardata; però alla crisi segue poi la curva pleuritica, e tale pleurite può anche presentare un decorso molto rallentato e cronico lungo tempo dopo la guarigione della pneumonite primitiva.

39. La forma traumatica, contusiva senza ferita, ha un decorso identico a quello della pneumonite ordinaria. Alcune complicazioni, quale la tiroidite, la cistite, il reumatismo articolare acuto, la nefrite, un decubito esteso, ritardano le crisi oppure inducono un decorso lisico.

40. La forma gangrenosa non solamente è spesso seguita da esito letale, ma di più anche in casi favorevoli non presenta che una guarigione lenta, la quale non si effettua che a poco a poco. In casi rari la crisi è interrotta da recidiva pneumonica, oppure questa ultima apparisce con nuova curva termometrica dopo terminata la prima crisi.

41. In casi con causa asfittica, in seguito ad avvelenamento per acido carbonico o per sommersione, la mortalità è grande e nei casi con esito felice quest' ultimo avviene tardi ed a stento.

42. Più che non si crede, la pneumonite acquista un decorso protratto, subacuto o cronico, anche senza alcuna traccia d' infiammazione tubercolosa, però in tali casi l' esito in vera pneumonite tubercolosa è relativamente raro, più frequente quello in atelectasia parziale con bronchettasia ecc. Quella pneumonite genuina, la quale non di rado si sviluppa in vicinanza di focolai tubercolosi, e che ha come tale un decorso meno sfavorevole, come non si crederebbe a priori, essa qui non entra in quistione, invece appartiene alle pneumoniti secondarie.

43. La durata totale della decrescenza critica si divide, come l' abbiamo visto non di rado in un periodo preparatorio, precritico, e la vera crisi, ed occupa poi uno spazio di più giorni. Ma facendo pure astrazione completa da questa fase preparatoria, la quale manca in molti casi la vera crisi mostra oscillazioni non poco considerevoli. Così per esempio noi in 1|3 dei casi, troviamo compiuta la vera crisi in 12 ore, ed in più della metà nelle prime 24 ore; invece ci resta ancora la proporzione non piccola di più di 2|5 per il secondo giorno, pochi casi per il terzo giorno; però anche in questi ultimi il più delle volte la minima temperatura non è raggiunta all' epoca indicata, essa invece può non sopravvenire che 12, 24 ore, ed anche più tardi. In corrispondenza col processo anatomico precedente alla crisi, il processo termico anch' esso in generale non si sviluppa con quella prontezza che si suol credere ordinariamente, invece esso non suole raggiungere il suo termine che nel decorso di più giorni, calcolato dal principio della malattia.

44. Le differenze di decadenza nella crisi sono relativamente piccole, fino a 1° o 1,5° allorquando la temperatura generale non è mai molto elevata, oppure se alla crisi precede una decadenza lenta. Nel resto il differir di decadenza è di 2° 3°; il numero poi dei casi nei quali si

osservano differenze di decadenza di 3, 5°, 4, 0°, non è neanco piccolo; il che dà alla crisi un aspetto di curva ricorrente. Di fatti io non conosco altra malattia eccetto il tifo ricorrente, nella quale possono avverarsi decadenze critiche sì considerevoli, come nella pneumonite.

45. Il calore nel periodo di decadenza può scendere fino a 36°, anche a 35, 5°, senza che si debba perciò pensare a collasso. Il numero degli ammalati con abbassamento fino a 36, 5° è relativamente grande; intanto se l' abbassamento al disotto del normale durante la crisi suol avvenire in un terzo dei casi, ciò non pertanto non forma la regola, imperciocchè in 2[3 delle nostre osservazioni la temperatura non è discesa mai al disotto di 37, 0°.

46. La crisi può esser interrotta in molte guise da complicazioni, recrudescenze, recidive, ecc., oltre a ciò si osserva pure dopo la crisi un vero rialzamento efimero isolato di temperatura senza cagione palese; dopo la crisi può anche subentrare una esacerbazione serotina fino a 38° ed un po' al di là pure senza significato infausto.

Se dopo la crisi esiste una pleurite piuttosto pronunziata, allora troviamo una curva subfebrile consecutiva, la quale però in media non attinge l' altezza della pneumonica. Ma anche senza nessuna causa apprezzabile e senza che la normale sia sorpassata, la curva consecutiva in parola può presentare il carattere fortemente remittente, con temperatura mattutina subnormale ben pronunziata e temperatura serotina normale.

47. Una curva consecutiva subfebrile si osserva ancora, allorquando la pneumonite si è sciolta fino ad un dato punto, ma che poi in seguito non si scioglie che incompletamente, acquistando un carattere stentato. Qualche volta singole esacerbazioni consecutive corrispondono allo sviluppo di piccoli infiltrati circoscritti, dopo che i focolai più estesi sono già passati alla risoluzione. È possibile ancora che dopo la crisi si sviluppino elementi pirogeni dal riassorbimento stesso dei prodotti interstiziali della proliferazione cellulare, elementi i quali menano seco fasi subfebrili non ostante l'andamento progressivo della risoluzione generale.

48. La mancanza della crisi, la risoluzione lenta si osservano nella pneumonite in proporzione piuttosto considerevole, non ostante che la regola sia quella della decadenza critica e propriamente, secondo le stagioni e le

località, da un decimo fino ad un quinto di tutti casi. Specialmente fra le mie osservazioni fatte all' ospedale di Zurigo si trova un numero di lisi febrili molto più considerevole che non in quelle fatte a Breslavia. La lisi subentra rare volte alla seconda settimana, ordinariamente nella terza, quarta e quinta, il più delle volte nella quarta e solo eccezionalmente nella sesta settimana ed anche più tardi.

49. Addizionando i casi della clinica di Zurigo e di Breslavia, nei quali manca del tutto la crisi, cioè tanto i casi che terminano con lisi quanto quelli a risoluzione lenta, quali si protraggono per mesi senza determinazione, la differenza sparisce ed ottenghiamo anche per Zurigo 1[6 di tutte le osservazioni nelle quali manca totalmente la crisi. Un' influenza determinata della terapia sulla frequenza più o meno grande delle crisi io non posso affermarla secondo le mie esperienze, e nemmeno una influenza determinata sulla relazione diversa fra lisi e lenta risoluzione per le diverse località.

50. Anche per le curve della lisi noi non di rado troviamo un indizio di crisi nel senso, che siamo nel caso di distinguere due fasi delle curve, una altamente febrile ed un'altra subfebrile, con decadenza continua e completa. Qualche volta la crisi è un po' velata in parte dalla decadenza progressiva lenta che la precede.

51. Le curve della lisi si distinguono da quelle della risoluzione lenta specialmente per il fatto, che nelle lisiche la temperatura normale attinta lentamente, si mantiene tale una volta raggiunta, mentrechè nelle altre una curva successiva subfebrile molto lunga, può presentare per settimane e mesi nella mattina calore normale nella sera invece pronunziato alzamento febrile, ed in casi con esito letale può acquistare verso la fine un tipo di febbre consuntiva.

52. Curve irregolari possono ancora avverarsi nel senso, che dopo un' ascensione lenta non considerevole segue ascensione continuata considerevole, che inoltre differenze giornaliere piccole variano con altissime, e l' aspetto di tali curve per queste stesse decadenze apparenti può diventare completamente atassico.

53. Nei casi con decorso letale nè in principio nè durante l' altezza febbrile media della curva si ha una particolarità costante qualunque; intanto sono di significato infausto non solo temperature di altezza costante, ma anco esacerbazioni serotine crescenti di giorno in giorno,

le quali poi calmano nel calore preagonico. In altri casi nei primi 3 a 4 giorni, non si osserva nulla di anormale, quindi si raggiungono rapidamente temperature altissime, alle quali segue una decadenza progressiva accompagnata da tutti i fenomeni clinici del collasso.

54 Collasso per me non è solamente un' espressione termica. Appunto nella pneumonite si osservano decadenze termometriche considerevoli senza i fenomeni generali del collasso e viceversa si ha collasso senza abbassamento considerevole di temperatura. Temperatura bassa perciò non può essere dichiarata segno di collasso, se non quando i fenomeni clinici additano quest' ultimo. Non è però rara la coincidenza di questi caratteri clinici e termici e vi può esistere abbassamento di temperatura fino alla morte, mentre che poi non è raro il caso che coll' iniziar dell' agonia fino alla morte ed anche un po' al di là di questa la temperatura ascenda sensibilmente.

55. Anche la decadenza apparente può acquistare significato di collasso mediante i fenomeni clinici che l'accompagnano. Però non si dimentichi nemmeno, che anche potendo attribuire all' abbassamento rapido o progressivo della temperatura significato di collasso, ciò non ostante vi sia la possibilità di un esito felice mediante crisi o lisi in casi apparentemente molto gravi. Nel collasso asfittico la morte subentra il più delle volte senza abbassamento di temperatura. La morte subitanea è rara nella pneumonite; se avviene suol mancare alla cura che la precede ogni particolarità infausta.

56. Nella cura antipiretica colla veratrina si ottiene è vero sotto l' influenza del farmaco un abbassamento rimarchevole di temperatura, però esso non è che passaggiero e di breve durata e qualche volta accompagnato da fenomeni allarmanti di collasso.

57. Sulla cura della pneumonite mediante bagni freddi ripetuti io non posseggo finora materiale sufficiente. Però posso dire che in generale sono ben sopportati, danno specialmente ai bevitori deliranti calma passeggiera, abbassano la temperatura per 1 a 2 ore, con rialzamento però abbastanza rapido ad altezza considerevole. Fin ora non ho potuto osservare in seguito a tale terapia una terminazione più pronta della malattia. È facile che grandi serie di osservazioni sul metodo di cura indicato daranno risultati sensibilmente più favorevoli.

58. Sulle cause della febbre e delle oscillazioni termometriche nella pneumonite noi finora non possiamo sta-

bilire una teoria soddisfacente. Intanto è assai probabile, che le modificazioni chimiche dello scambio di materia vi abbiano la parte più importante, e che le influenze nervee non vi entrino che in piccola parte.

59. Nemmeno sappiamo in che guisa l' affezione locale dei polmoni meni alla pirogenia. La spogliazione del sangue di cellule rosse e bianche emigranti dai vasi non spiega nè l' aumento generale della fibrina nel sangue, nè ci avvicina di più alle fonti della pirogenia. Non meno insufficienti sono le spiegazioni della pressione dell' infiltrato sulle pareti vicine; pressione sul valore numerico della quale noi non possediamo nemmeno una certezza approssimativa. Ci mancano altresì punti d' appoggio effettivi sufficienti per il riassorbimento di elementi pirogeni dal focolaio morboso.

60. Se noi da una parte fra le malattie d' infezione troviamo uno stato altamente pirogeno, in quelle che presentano focolai locali discreti, non meno che in quelle con focolai molto estesi, dall' altra parte non di rado osserviamo anche nella pneumonite con focolai flogistici poco estesi una febbre molto più intensa che non in pneumoniti molto estese, ed anche doppie. Ed è specialmente la forma tifosa la quale indipendentemente dall' affezione locale, presenta ascensioni termometriche molto più considerevoli che non la forma infiammatoria. In una parola, lo stato generale ha almeno l' istessa influenza decisiva sulla temperatura che non l' estensione del focolaio morboso locale. Probabilmente l' ascensione febbrile nella pneumonite è la risultante di ambo le influenze, nella quale tosto dominerà l' una, tosto l' altra.

(*Gazzetta Clinica di Palermo, Ottobre, Novembre, Dicembre 1871*).

RENDICONTI ACCADEMICI

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Sessione scientifica ed amministrativa delli 10 Dicembre 1871

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

MORI DOTT. ROBUSTO *Vaccinazioni praticate nel Circondario di Cesena nell'anno 1870. Fano 1871.* — *Rapporto sulla stato sanitario del Comune di Cesena nell'anno 1868. Fano 1870.* — ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA *Resoconto del 5° Congresso Generale in Roma 1871.* — ROLUTI CAV. DOTT. GIUSEPPE *Cenni sulle affezioni veneree. Firenze 1871.* — BETTI PROF. L. *Esame del Manuale di Patologia generale del prof. De Martini A. Camerino 1871.* — OHLSEN DOTT. G. *La diagnosi del tifo esantematico del prof. Wunderlich a Lipsia.* — BOLOGNA DOTT. GIACOMO *Brevi e compendiate notizie sopra Recoaro, sulle virtù delle sue Fonti. Valdagno 1871.* — LORETA PROF. PIETRO *Annotazioni Cliniche sulle lussazioni posteriori del capo del femore per la diagnosi differenziale fra le dirette e le consecutive. Bologna 1871.* — PINI DOTT. GAETANO *Il matrimonio. Lettera diretta al dott. Maragliano E. Milano 1871.* — RICORDI DOTT. AMILCARE *Del catarro cronico dei condotti delle ghiandole di Mery. Milano 1871.* — MEREU DOTT. ANACLETO *Sulle lesioni renali in relazione alla ferita di Giacomo Frau. Cagliari 1871.*

La Seduta è aperta colla lettura ed approvazione dei processi verbali delle Sessioni 2, 13 e 15 Novembre p. s.

Morte di un socio residente

Dopo la presentazione dei libri venuti in dono, viene fatta commemorazione dal Segretario del socio res. Dott. *Luigi Corazza* non a guari da morte immatura rapitosi e del quale è stato detto nel Bullettino, Ser. V. Vol. XIII. pag. 136.

Dono di libri

Si legge poscia una lettera del socio Cav. Dott. *Tommaso Giorgi* colla quale accompagna l'invio di oltre cento opere mediche e chirurgiche, ed alquante lettere autografe di illustri personaggi, delle quali cose fa dono alla nostra Biblioteca. I presenti a testimoniare la gratitudine dell' Accademia all' egregio donatore, stabilivano che lo stemma di suo casato fosse posto nella sala dei soci benemeriti; che venisse ringraziato con lettera dal Presidente e dietro proposta speciale di alcuni soci, che gli fosse completata la raccolta del nostro Bullettino dal 1866 in poi, ed in avvenire ancora.

Nomina e Promozione di Soci

Si legge pure una lettera del socio res. Cav. Dott. *Ignazio Zani* Direttore Medico del Manicomio di Reggio dell' Emilia, nella quale dichiara essere stabile la sua assenza da Bologna e quindi rinunzia alla qualifica di socio residente per passare nella classe dei corrispondenti. La Società nello accogliere questa dichiarazione manda al *Zani* un cordiale saluto e parole di encomio e di incorraggiamento.

Il Segretario della Commissione pel rapporto dei proposti a soci corrispondenti lesse il suo lavoro, e dietro le pratiche d' uso furono nominati soci corr. il Sig. Cav. Prof. *Michelangiolo Asson* di Venezia, il Sig. Cav. Dott. *Malacchia de Cristoforis* di Milano, il Sig. Prof. *Luigi Amabile* di Napoli, il Sig Prof. Cav. *Giosuè Marcacci* di Siena, il Sig. Dott. *Andrea Pasquali* di Roma, il Sig. Prof. *Angelo Scarenzio* di Pavia, il Sig. Prof. *Amilcare Ricordi* di Milano, e come corrispondente straniero il Sig. Prof. Cav. *Cirus Pirondi* di Marsiglia. Dietro proposta del socio Prof. *Vella* venne pure acclamato socio corr. il celebre fisiologo Prof. *Maurizio Schiff* dell' Istituto di Firenze.

Dietro le pratiche volute dal Regolamento dell' Accademia si venne alla rinnovazione delle Cariche della Società pel prossimo anno e rimase formato il seguente

Quadro delle Cariche della Società Medico-Chirurgica di Bologna

per l' anno 1872

Rizzoli comm. N. U. prof. Francesco *Presidente*
Versari cav. prof. Camillo *Vice-Presidente*
Brugnoli cav. prof. Giovanni *Segretario*

Economo
Bacchi dott. Alessandro

Cassiere
Modonini dott. Bernardo

Vice-Segretarii
Canuti cav. dott. Canuto
Fabbri dott. Ercole

Commissione per la compilazione del Bullettino delle Scienze Mediche

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore*

Bacchi dott. Alessandro
Belluzzi dott. Cesare
Capuri dott. Antonio
Gamberini cav. prof. Pietro.
Giovanini dott. Antonio
Golinelli dott. Leopoldo
Pilla dott. Giovanni *Vice-Direttore*
Rizzoli comm. prof. Francesco
Vella cav. prof. Luigi
Verardini cav. dott. Ferdinando

Commissione per le Consultazioni e per lo studio delle Epidemie

Direttori e Segretari

Canuti cav. dott. Canuto per le Consultazioni
Verardini cav. dott. Ferdinando per le Epidemie

Baravelli dott. Gio. Battista
Brugnoli cav. prof. Giovanni
Capuri dott. Antonio
Fabbri dott. Ercole
Gamberini cav. prof. Pietro
Romei dott. Federico
Taglioni dott. Giuseppe
Versari cav. prof. Camillo

Commissione per la Vaccinazione

Canuti cav. dott. Canuto *Direttore*
Belluzzi dott. Cesare
Modonini dott. Bernardo
Pilla dott. Giovanni
Rasi dott. Demetrio
Scandellari dott. Gaetano
Soverini dott. Carlo
Verardini cav. dott. Ferdinando

Gabinetto Anatomico Patologico

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore*
Romei dott. Federico *Dissettore*
Pedrelli cav. dott. Marco *Segretario*

Gabinetto di Lettura

Brugnoli cav. prof. Giovanni *Direttore*

Aggiunti

Bernardi dott. Giulio Canuti dott. Canuto

——

Lettura

Essendo l' ora tarda il Sig. Presidente presenta un suo lavoro che doveva essere oggetto della lettura accademica di questa tornata, col titolo *Vaginotomia per vagina congenita bipartita parzialmente tanto in direzione longitudinale che trasversale*, e che è stato per intero pubblicato nel nostro Bullettino.

Sessione scientifica ed amministrativa delli 22 Gennaio 1872

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna *Memorie. Serie 3, Tomo I. Fasc. 3. Bologna 1871.* — R. Accademia delle Scienze di Torino *Atti. Vol. 7. Disp. 1. Torino 1871.* — Giacomelli dott. Carlo *Alimentazione di Parigi durante l' assedio e sue conseguenze. Torino 1871.* — Silvestri dott. Lorenzo *Sull' arresto dei corpi stranieri nel condotto faringo-esofageo. Firenze 1871.* — Gambari dott. Girolamo *Studi sulla statistica del secondo quinquennio del Manicomio di Ferrara. Ferrara 1871.* — Ospedale dei Pellegrini di Napoli *Annali Clinici. Vol. 1. Napoli 1871.* — R. Università di Bologna *Annuario. Bologna 1871-72.* — Boetti dott. *La vaccinazione negli Ospizi degli Esposti. Torino 1871.* — Mandsley dott. Enrico *Fisio-*

logia e Patologia dello Spirito. Napoli 1871. — MARCACCI PROF. GIOSUÉ *Di un tumore embrio-plastico del velo palatino. Siena 1871.* — ARCOLEO PROF. GIUSEPPE *Resoconto della Clinica Ottalmica della R. Università di Palermo. Palermo 1871.* — AMABILE PROF. LUIGI *L' innesto epidermico e la trapiantazione cutanea nella cura delle piaghe. Napoli 1871.* — *Nuovo studio su corpi mobili articolari. Napoli 1870.* — RIVALTA PROF. S. *Delle cellule multipolari che formano lo strato intergranuloso o intermedio. Pisa 1871.*

Oltre i soci furono presenti alla lettura scientifica alcuni altri medici e parecchi studenti presentati al Presidente dal socio Prof. *Versari.*

La Seduta ebbe principio come d' uso colla lettura del processo verbale dell' antecedente sessione scientifico-amministrativa, il quale resta approvato.

Altro dono di libri

Fu comunicata una lettera del socio Dott. *Tommaso Giorgi* che ringrazia per quanto la Società gli rispose per la sua donazione di libri alla quale ora aggiunge altre due opere: *Guida del Medico pratico di Valleix*, e *Sulla vita e la morte, Bichat.* Il Sig. Presidente interprete di tutto il Corpo Accademico fa nuovi ringraziamenti all' egregio donatore presente.

Comunicazioni diverse

Sono pure presentate lettere di ringraziamento per la loro nomina di soci corrispondenti fatta nella passata sessione dai Signori Prof. *Giosuè Marcacci*, Prof. *Michelangiolo Asson*, Prof. *Luigi Amabile*, e Dott. *Amilcare Ricordi.*

Si lesse pure una lettera del socio corr. Cav. Dott. *Giacomo Bologna* che accompagna venti copie di un opuscolo sulle Acque di Recoaro nelle malattie di basso ventre, le quali sono distribuite ai socio presenti.

Lettura

Ha quindi la parola il socio Vice-Presidente Prof. Cav. *Versari* il quale legge un suo erudito discorso che è il *Sesto ed ultimo Opuscolo sopra G. B. Morgagni*, discorso che venne per intero pubblicato nel Bullettino.

Chiusura del Concorso al Premio Gajani 1870

Terminata la sessione scientifica e rimasti i soci residenti, il Segretario presentò il Protocollo speciale del Concorso al Premio *Gajani* 1870, chiuso il 31 Dicembre p. p.; presentò pure il plico sigillato contenente l' unica Memoria pervenuta al Concorso e che si riscontrò consistere in un grosso manoscritto di 33 fascicoli col titolo — *Dell' Ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente. Saggio storico* — contrassegnata dall' epigrafe — *O utinam possim populos reparare paternis artibus. Ovid.* — con scheda sigillata segnata della stessa epigrafe. Fu letto l' articolo 21° del regolamento in proposito, venne posta la scheda sotto altro involto e questo suggellato con timbro di soci presenti e di quello della Società, fu consegnata al Segretario. Indi si passò a nominare la Commissione per l' esame e rapporto la quale in seguito a schede segrete risultò composta dei soci *Rizzoli*, *Belluzzi*, *Fabbri G. B.*, *Golinelli*, *Vella*.

Sessione scientifica delli 18 Febbraio 1872

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

PUGLIA CAV. DOTT. ALESSANDRO *Sui lavori Accademici del cav. prof. Paolo Gaddi. Modena 1871.* — *Elogio del cav. prof. Leopoldo Nobili. Modena 1871.* — R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE. CLASSE DI SCIENZE METAMATICHE E NATURALI *Memorie. Vol. XII e XIII della Serie 3. Fasc. 3. Milano 1871.* — R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE *Rendiconto. Serie 2. Vol. IV. Fasc. XV. XVI. XVII. XVIII. XIX. Milano 1871.* — FONDAZIONE SCIENTIFICA CAGNOLA. *Atti. Vol. V. Parte III. Milano 1871.* — ASSON PROF. CAV. MICHELANGIOLO *Memorie Chirurgiche. Venezia 1872.* — ISTITUTO VENETO DI SCIENZE LETTERE ED ARTI *Atti. Tomo I. Serie 4. Dispensa 2. Venezia 1871-72.* — FIORI CESARE MEDICO DI REGGIMENTO *Del metodo statistico considerato specialmente ne' suoi rapporti coi fatti della Medicina. Milano 1871.* PEYRANI PROF. CAIO *Importanza della materia nelle scienze della natura. Ferrara 1872.* — WARLOMONT DOTT. *La Vaccination Animale en Belgique. Bruxelle 1872.* — BERRUTI DOTT. GIUSEPPE *Gli Ospizi Marini della Città e Provincia di*

Torino. Torino 1871. — BARTOLOZZI DOTT. DAVIDE *Memoria di un vasto ascesso flemmonoso della fossa iliaca destra, e considerazioni relative. Pescia.* — GRILLI DOTT. PIETRO *Sullo stato presente dei Pazzi in Italia.* — BARTOLOZZI DOTT. DAVIDE *Piccolo Codice Medico ad uso delle madri di famiglia. Pescia 1871.*

Dopo la lettura ed approvazione di parte del processo verbale relativa alla parte della riunione tenuta il 21 Gennaio p. s.

Morte di Soci corrispondenti

Il Segretario partecipa con dolore la notizia della morte di due assai distinti soci corrispondenti, l' uno il Comm. Dott. *Benedetto Trompeo* di Torino che è assai benemerito di questa Accademia per essere stato per molti anni il nostro Rappresentante in Piemonte, ed avere con ogni diligenza e sollecitudine curati gl' interessi della Società; l'altro è il Dott. *Gio. Batt. Cappelletti* di Trieste distinto oculista ed autore di opere assai lodate e stimate.

Il socio Dott. *Giovanni Pilla* presenta una bambina che è il soggetto della seguente comunicazione.

Ferita da arma da fuoco alla spalla sinistra, interessante l' articolazione scapolo-omerale, con successiva necrosi dei capi articolari. — Guarigione completa, con ripristinamento dei movimenti propri a quella articolazione.

« La fanciulla che ho l'onore di presentarv', o Signori, è un' Esposta che l' 8 Febbraio 1869 nacque nella nostra Maternità mediante il parto prematuro provocato alla fine del 7° mese, e che il 13 Giugno 1871 venne da' suoi custodi ricondotta all' Ospizio causa una ferita d' arma da fuoco riportata alla spalla sinistra. I custodi stessi raccontarono che l'arma era carica di pallini da caccia, e che quegli nelle di cui mani trovavasi quando scattò era a pochi passi di distanza dalla piccola bambina. La ferita, avente una forma irregolarmente ovalare, era molto estesa, misurando il diametro suo longitudinale, che era diretto dall' avanti all' indietro, centim. 9, e centim. 6 il diametro trasverso che aveva una

direzione dall' alto al basso: circa alla sua profondità, oltre all' interessare tutte quante le parti molli ricoprenti la spalla suindicata, alcuni proiettili avevano pur lesa l' articolazione scapolo-omerale.

Io qui non enumererò i vari mezzi posti in opera per ottenere la cicatrizzazione di quella vasta piaga, poichè tali mezzi furon quelli che generalmente si usano in simil genere di lesioni: bensì dirò che la cicatrizzazione fecesi molto attendere, poichè solo alla metà del mese di Luglio si rese conveniente l' estrazione di alcuni pezzetti di osso staccati e necrosati, che appartenevano all' acromio ed alla testa dell' omero, i quali in simil guisa rimasero distrutti; e solo alla fine di Settembre la piaga era completamente cicatrizzata. Ragionevole, per quanto superiormente notai, era il dubbio che i moti proprii a quella articolazione, per l'avvenire, fossero resi impossibili; ma così, fortunatamente, non avvenne, poichè si andò lentamente formando al dissotto dei comuni integumenti una larga e robusta briglia di tessuto fibro-elastico, che dal collo chirurgico dell' omero, si porta e s' attacca all' apofisi coracoide ed all' estremità scapolare della clavicola, tenendo così riuniti fra di loro l' omero, la clavicola e la scapola. Nè tale riunione è così intima e tenace da non permettere alla fanciulla di muovere l' omero sinistro, poichè, come Voi stessi vedete o Signori, essa si serve dell' arto superiore sinistro colla stessa facilità e destrezza con cui si serve del destro, e se qualche differenza si osserva fra di essi, questa consiste nell' essere l' omero sinistro due centimetri più corto del suo congenere a destra, e nel presentare la spalla sinistra, oltre ad una vasta cicatrice, una forma appianata invece di quella rotondità che normalmente vi si dovrebbe riscontrare: mali questi d' altronde di ben poca entità e di poca importanza, qualora specialmente si rifletta alle gravi e profonde lesioni da quella ferita occasionate.

Ho poi voluto, o Signori, presentarvi la risanata bambina, sembrandomi che il fatto che in essa si è verificato sia di non lieve importanza, e possa dar luogo a parecchie ed interessanti deduzioni per ciò specialmente che si riflette alle resezioni scapolo-omerali. »

Sulla Vaccinazione Animale in Bologna

Indi il socio Dott. *Cesare Belluzzi* legge una sua Memoria *Sulla Vaccinazione animale*, nella quale oltre la storia di tutti i tentativi che furono fatti in Bologna in riguardo a questa pratica, espone i risultati

avuti, e quanto da lui e dai suoi colleghi del Comitato è stato operato per definitivamente stabilire in Bologna la Vaccinazione Animale. La Memoria fu già pubblicata nel Bullettino.

Lancetta coperta inoculatrice

Poscia il socio Dott. Cav. *Ferdinando Verardini* legge una sua Nota sopra una *lancetta coperta inoculatrice* per potere meglio introdurre nello strato della cute il detrito della pustola vaccinica animale, come parte che sembra più atta alla trasmissione della malattia. Dovendo tal Nota essere pubblicata in questo fascicolo non ne registriamo qui la descrizione, ne le osservazioni e illustrazioni che ne fa seguire l'autore. — Soltanto deve essere qui notato che alla lettura e dimostrazione dell'istrumento seguì breve discussione fra il socio Dott. *Belluzzi* e il lettore. Quegli faceva notare che se è vero che qualche volta ha attecchito il vaccino umanizzato inoculato coll' ago, dopo che era stato innestato il vaccino animale senza effetto, Egli però aveva anche fatti in senso contrario: e bene studiata la pratica della vaccinazione animale non vi sono poi insuccessi numerosi, nè maggiori della vaccinazione umanizzata. Adottata la sciringa di *Pravaz* pel metodo ipodermico, non potrebbe questa essere sostituita dalla lancetta del *Verardini*. Inoltre gli sembra che debba portare una lesione più dolorosa, e che essendo complicata non possa essere facilmente pulita dal sangue e dagli umori. Fa osservare infine che si deve per poco guastare, in ispecie per la arruotatura, ripetuta la quale si altereranno i rapporti che debbono avere fra loro le due parti dello strumento; si riserva poi di farne esperimento, mancandogli fino ad ora la sanzione dei fatti. — Rispondeva il socio Cav. *Verardini* che nel metodo ipodermico la sua lancetta può servire per i rimedi non solubili e pei bruti nell'esercizio della Medicina Veterinaria; che il suo strumento può smontarsi colla massima facilità e con eguale facilità e prestezza essere ripulito; e che infine Egli si studierà di renderlo anche più semplice e di maggiore pratica utilità.

Sessione scientifica ed amministrativa delli 10 Marzo 1872

LIBBI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

MINISTERO DI AGRICOLTURÀ INDUSTRIA E COMMERCIO. DIREZIONE DI STATISTICA DEL REGNO D' ITALIA *Statistica delle morti violenti, anno 1868-69. — Statistica delle morti violenti del 1870. — Statistica dei Bilanci Comunali e Provinciali del 1870. — Statistica della Navigazione nei Porti del Regno 1869-70. — Statistica del movimento dello stato civile nel 1869. — Statistica delle Opere Pie. Compartimento della Basilicata anno 1861. — Statistica delle Opere Pie. Compartimento delle Calabrie anno 1861. — Statistica delle Opere Pie. Compartimento della Campagna anno 1861. — Statistica di Beneficenza Pubblica. Compartimento degli Abbruzzi e Molise.* — GIUDICE DOTT. GIOVANNI *Istituzioni di Patologia Generale Umana basata sulla Fisiologia e sulla Clinica. Torino 1872.* — OSPIZI MARINI DI BOLOGNA *Rapporto Amministrativo e Sanitario per l' anno 1871. Bologna 1872.* — TOMMASI DOTT. DONATO *Sur un nouveau dissolvant de l' iodure Plombique.* — ZUCCHI DOTT. CARLO *La risicoltura. Milano 1871. — Il 5° Congresso Generale dell' Associazione Medica Italiana. Milano 1871. — L' Inaugurazione dell' Osservatorio Meteorico presso lo Stabilimento Idroterapico Maglia in Regoledo. Milano 1871. — La Beneficenza in rispetto alla Pubblica Igiene.* — R. ISTITUTO LOMBARDO DI SCIENZE E LETTERE *Memorie. Vol. XII-III. Serie 3. Fasc. 2. Milano 1871. — Rendiconti. Serie 2. Vol. IV. Fasc. 20 ed ultimo. Milano 1871. Rendiconti. Serie 2. Vol. V. Fasc. 3. Milano 1872.* — ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA *Indice Generale dei dieci Tomi della seconda Serie delle Memorie. Bologna 1871.* — MANDSLEY DOTT. ENRICO *Fisiologia e Patologia dello Spirito, prima versione italiana del dott. Domenico Collina. Fasc. 12 Napoli 1871.* — BERRUTI DOTT. GIUSEPPE *I medici condotti e la medicina pratica in Italia. Torino 1872.* — LIVI CAV. PROF. CARLO *Del Manicomio di Reggio nell' Emilia. Milano 1872.* — R. ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI TORINO *Atti. Vol. 7. Disp. 3. Torino 1872.* — DELSLANCHE DOTT. CHARLES *Uhle et Wagner. Nouveaux Eléments de Pathologie Générale publies par Ernest Wagner, traduits par..... Parigi 1872.*

Sono presenti moltissimi soci e quindi la seduta è dichiarata regolare e legale.

Si dà lettura del processo verbale delle Sessioni tenute il 21 Gennaio e 18 Febbraio che sono approvati.

Morte di soci corrispondenti

Il Segretario anche questa volta dà con molta mestizia il doloroso annunzio della morte di due fra i soci corrispondenti più insigni che onorano il nostro albo accademico; l' uno è il Cav. Prof. *Gian Giuseppe Gianelli* il più distinto fra i cultori della Medicina pubblica e legislativa in Italia, le cui opere gli hanno dato ben chiara celebrità. — L' altro è il Comm. Prof. *Salvatore De Renzi* l' illustre autore della Storia della Medicina in Italia, e di tante altre opere mediche e storico-mediche che gli procurarono la riputazione di uno dei primi medici scienziati del nostro tempo. Quel *De Renzi* che fu uno dei soci più zelanti ed appasionati pel decoro e per l' utile della nostra Accademia di cui fu operosissimo rappresentante per tutto il Napoletano, e attivissimo Presidente nell' anno 1843.

Aggiudicazione del Concorso al Premio Gajani 1870

Dietro quanto venne stabilito nella Sessione 21 Gennaio p. s. la Commissione allora nominata dopo avere dato opera allo studio ed all' esame dell' unica Memoria pervenuta in tempo debito al concorso e che come fu notato è contrassegnata dell' epigrafe — *O utinam possim populus reparare paternis artibus.* Ovid. — e col titolo — *Dell' Ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al presente.* Saggio storico — oggi, esaurito il suo compito, viene a presentare il richiesto Rapporto sul merito della medesima.

Questo rapporto che unitamente alla sua appendice ed all' opera presentata è stata per una settimana esposto nella Segretaria della Società per essere esaminato dai soci, ora è letto dal relatore della Commissione per esser poi oggetto di discussione in questa Seduta.

In esso la Commissione espone il piano dell' Opera e si estende a considerare il lavoro tanto nel suo complesso, quanto nelle singole parti, e addimostra come ovunque si ammiri una maestria non comune, un cumulo di cognizioni sorprendente, una discussione approfondata di ogni

argomento da tornare questo lavoro dato al pubblico della massima utilità sì teorica che pratica, costituendo una delle migliori opere ostetriche e che più diffusamente ed estesamente tratti la parte che risguarda il pratico esercizio.

La Commissione però voleva fare osservare che in un' opera di tanta mole, data agli apprezzamenti storici e, sembra, fatta in breve tempo, non è da credere che non vi siano osservazioni da fare relative a qualche fatto, a qualche circostanza od a qualche citazione, od ommessi od imperfettamente riportati. Essa era in debito di tenerne nota ed ha eseguito pur ciò, e presenta un' appendice con alcune critiche osservazioni che propone di leggere dopo compita la lettura di questo rapporto. Fin d' ora però dichiara che è unanime nel ritenere non minorarsi per questo l' importanza ed il merito dell' opera e rimane ferma nel giudizio che più volte fece già travedere nella fatta esposizione che questo lavoro aveva soddisfatto alle esigenze del Programma e proponeva di accordare al concorrente il promesso premio, dolentissima anzi che il valore materiale di esso non possa essere maggiore e tale da corrispondere all' entità ed importanza dell' opera presentata, la quale tornerà assai in onore e del suo Autore e di questa Accademia che la promosse, e dell' intero nostro Paese.

La proposta della Commissione di far seguire la lettura dell' appendice del Rapporto contenente le osservazioni critiche non fu accolta dall' assemblea a proposizione del Prof. *Taruffi*, il quale poggiandosi sulle dichiarazioni fatte dalla Commissione che per esse non minoravasi l' importanza ed il merito dell' opera, ne riteneva superflua la lettura e voleva che soltanto ne fosse data comunicazione all' autore quando il lavoro venisse posto alle stampe, perchè le tenesse nel dovuto calcolo e a quello portasse le opportune modificazioni.

Ciò adottato ad unanimità, e niun altro più rispondendo all' invito del Sig. Presidente di presentare osservazioni al Rapporto letto, ed alla conclusione da esso riferita, quest' ultima venne posta a voti segreti per fave bianche e nere, e l' esito dello scruttinio fu *tutte le fave bianche* corrispondenti al numero dei soci presenti.

Dichiarato dal Sig. Presidente che l' unica Memoria venuta al Concorso Gajani 1870 aveva conseguito il Premio, se ne aprì la scheda di accompagno nella quale si rinvenne una carta da visita colla seguente leggenda — *Alfonso Corradi Prof. nell' Università di Pavia.* —

Il nome del nostro Collega e concittadino viene salutato da fragorosi applausi e la Società dietro mozione del Prof. *Luigi Vella* seduta stante

gli invia un Telegramma d' annunzio della conseguita corona ed in esso al commentatore della Storia della Chirurgia e dell' Ostetricia del secolo nostro porge nuova testimonianza della sua viva ammirazione.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Tre casi di broncocele esportati con successo. — Da *Won Warren Greëne.* M. D. prof. di Chirurgia nella Scuola Medica di Maine ecc.

Vi ha un gozzo che se anatomicamente non forma specie distinta, merita nulladimeno considerazione sotto il rispetto clinico; avvegnacchè esso in luogo di sporgere fuori, calando giù e crescendo specialmente dietro lo sterno, o la clavicola può comprimere i grossi vasi, e la trachea, indurre perciò gravi fenomeni e minacciare perfino soffocazione. Il prof. *Rizzoli* in uno di questi gozzi, che avea condotto una povera donna all' estremo della vita, adoperò felicemente l' estirpazione, tratto che ebbe fuori colle dovute cautele di sotto lo sterno il tumore e legatone strettamente il grosso piede che l' attaccava alla tiroide (1). *Monteggia* cui dobbiamo alcune buone osservazioni anatomiche intorno questa malattia, narra fra gli altri casi d' un gozzo che convertitosi in ascesso, penetrò nel mediastino, e nella cavità sinistra del petto, divenendo letale. Il *Riberi* invece ebbe buona ventura di vedere tre ascessi della glandola tiroide aprirsi nella trachea, e guarire poscia perfettamente la fistola, ed il tumore. Di recente lo stesso prof. *Rizzoli* in una giovane donna che trovavasi nella Sezione da lui diretta allo Spedale Maggiore, notò ei pure, che il broncocele da cui era affetta la donna istessa, e che trovavasi profondamente collocato, preso da intensa flogosi, ed intumiditosi in modo da indurre fenomeni temibilissimi e tali da minacciare imminente soffocazione, notabilmente appianossi allo aprirsi in trachea di un profondo ascesso nella tiroide formatosi, che si era in procinto di artificial-

(1) Bullettino delle Scienze Mediche 1845.

mente incidere per dare uno esterno sfogo alle marcie, ottenendosi così la guarigione dell' ascesso, e la ulteriore notevole diminuzione del gozzo. Ora poi il dott. *Parona* trasse dal The American Journ. 1871, tre casi operati dal Dott *Won Warren Greëne* che vennero riportati nella Rivista di Medicina, Chirurgia e Terapeutica, fasc. 7, 1872, i quali valgono a confermare i vantaggi che si ponno in alcune circostanze trarre dalla esportazione di simili tumori quando siano di natura compatta e collocati sì profondamente da arrecare disturbi o pericoli rilevanti.

Il primo di questi tre casi fu pubblicato nel New-York Medical Record fino dal 1866, e si trattava di una Signora tedesca residente in Albania, la quale aveva un tumore del lobo destro della glandola tiroidea che datava da 26 anni. Questo essendo nell' ultimo anno e mezzo cresciuto assai, cominciò a farsi sempre più molesto ed a dar luogo a terribili spasmi di dispnea per pressione. Essa era incapace di coricarsi e costretta a far sonni brevi pel timore di rimaner soffocata. Soffriva moltissimo di mal di capo e vertigini, e non poteva chinarsi senza perdere la coscienza. Tali sintomi essendosi aggravati negli ultimi giorni prima dell' operazione a segno da porre la paziente in grave pericolo, sebbene le probabilità di buon esito fossero lontanissime, pure convenendo sulla necessità d' un atto operativo anche il dott. *Strorer* ed il prof. *Greëne* si accondiscese alle insistenti preghiere della paziente. Assistito dal dott. *Strorer Paddock* e da varii studenti, *Greëne* fece l' operazione nel modo seguente: eterizzata la paziente, fu posta in posizione eguale a quella per la legatura della carotide, ed una sola incisione verticale si fece sul tumore dalla mascella inferiore alla clavicola. La vena giugulare anteriore esterna che scorreva vicina alla linea d' incisione non fu lesa. Lo sterno mastoideo che stava disteso sopra il tumore come un nastro sottile ed in varii fasci, venne diviso sulla sonda, ed il tessuto cellulare in gran parte colle dita e col manico del coltello. Nel tagliare sulla sonda la sottile fascia investente direttamente il tumore, si ferirono varie vene ed il sangue escì profusamente, questo fu arrestato colle dita d' un assistente, ed il delicato inviluppo venne distaccato dalla ghiandola, ma mentre che ciò si faceva col massimo riguardo e colla maggior gentilezza, altre vene si ruppero. Trovatosi che l' intero tumore era completamente coperto da una rete di questi vasi, e così teneri e sottili nelle loro pareti da potersi ottener nulla dalla torsione e legatura, l' operatore separati rapidamente gli attacchi cellulari, in pochi minuti secondi fu al peduncolo, che fu trovato contenere tre grosse arterie assai distintamente pulsanti, e queste gli furono di guida per dividere colle dita il pedunco-

lo in tre parti. Immediatamente legò queste tre parti con un laccio composto di diciotto fili di seta da sellaio ricoperto con cera e torti alla meglio: serrato l' ultimo cordone ogni emorragia cessò. Tagliato il peduncolo accuratamente vicino al gozzo, questo fu rimosso. Durante la disseccazione si trovò in un punto il tumore fermamente aderente alla guaina dei vasi; e mentre si stava separando l' uno dall'altro, uno spruzzo di sangue venoso indicò la rottura d' un grosso fra essi; le dita d'un assistente lo chiusero fino all' ablazione del tumore, dopo di che si trovò ferita la giugulare profonda. Questa fu legata con tre fili di seta leggermente ritorti, nessun altro vaso fu necessario legare. L' operazione durò 22 minuti. La medicazione fu semplice, il trattamento successivo consistette in perfetta quiete; medicazione acquea, anodini *pro re nata*, brodi sostanziosi, pantriti con uova e latte a regolari intervalli. Per varii giorni vi fu considerevole irritazione dell' esofago e trachea, ma non al punto da inceppare seriamente la deglutizione e la respirazione, l' ultimo laccio si distaccò al 26° giorno, ed una settimana dopo l' operata era perfettamente guarita.

Caso 2° — Mrs. H. d' anni 40, di quella città, si consultò con *Greëne* nel settembre 1869 per un tumore del volume di un piccolo arancio occupante la sede del lobo destro della ghiandola tiroidea, e stazionario da sette anni. Da un anno però l' ammalata soffriva di costante e crescente difficoltà a deglutire (disfagia), per cui si sospettò da lui e dal dott. *Dana*, che il tumore non fosse un vero gozzo e che vi esistessero delle salde aderenze all' esofago. Gli incomodi nel deglutire crebbero così rapidamente ed a dispetto d' ogni misura palliativa, che la paziente minacciata di morire di fame, divenne eccessivamente ansiosa d' essere operata sebbene conoscesse il rischio a cui si esponeva. Perciò al 25 Ottobre 1869 *Greëne* in presenza di molti medici della città passò all' operazione, circa alla quale havvi solo a rimarcare, a differenza del primo caso, che si trovò il tumore nelle sue parti profonde fermamente aderente all' esofago per una massa di linfa organizzata. Nessun vaso importante fu trovato sulla superficie del tumore, ma due grosse arterie esistevano alla base di esso, le quali furono legate passandovi sotto un filo mediante ago smussato. L' emorragia fu pochissima e la ferita fu chiusa con sutura metallica. Per quattro o cinque giorni le parti furono assai dolorose, penosi molto gli sforzi nel deglutire e furonvi sempre gravi sintomi febbrili, ma in seguito le cose piegarono in bene, cessò la disfagia, la suppurazione andò sempre diminuendo e sui primi di dicembre l' ammalata era perfettamente guarita.

Caso 3° — Nell' autunno 1868, per lettera del dott. *Clark* di Lockport, il prof. *Greëne* fu consultato sul da farsi ad una Signora, d' anni 35, che da quindici anni portava un gozzo, il quale in pochi mesi aveva raggiunto un considerevole volume, che fin d' allora aveva cominciato a produrre più o meno forte dispnea, ed ultimamente era aumentato ad un grado allarmante e per di più vi si associavano disfagia, mal di capo e vertigine, non che una costante sensazione di peso e trazione al tumore. *Greëne* non trovando gli estremi per un' operazione la consigliò a pazientare. Nell' agosto 1869, visitatala di nuovo trovò che il tumore si estendeva dal mento allo sterno, che involgeva ambedue i lobi della tiroidea. Al tatto ed alla vista la di lui superficie appariva pulsante dovunque. Larghe vene si vedevano scorrere superficialmente in ogni direzione, e colle dita si sentivano numerose solcature venose sulla superficie di esso. Con opportuna compressione alle carotidi il volume della massa notevolmente diminuiva, ma non si poteva continuare in ciò, producendosi vertigi. Al lobo destro ed in mezzo del tumore si riscontrava una irregolare massa calcarea e nello stesso punto si sentiva un distinto suono e soffio. E questo era così marcato che un eminente chirurgo di Buffalo credette si trattasse d' un aneurisma della carotide comune, ed il dott. *Clark* che l' intiero tumore fosse aneurismatico. Trovando però il prof. *Greëne* che colla pressione in su della massa calcarea il suono cessava, entrò nel convincimento che questo fenomeno fosse dovuto alle grosse diramazioni della tiroidea superiore scorrenti sopra questa solida massa.

Indotta la paziente a differire ancora, al 15 Gennaio 1870, il dottor *Clark* scrisse a *Greëne* che lo stato della Signora era ridotto a tale da far temere seriamente della di lei vita per essere la cefalea, le vertigini, la dispnea cresciute ad un grado insopportabile, e che riteneva quindi giunto il momento propizio per l' operazione.

Recatosi in allora in luogo, esaminata l' ammalata e riscontrati gli estremi indicati dal dott. *Clark* e partitando molti medici presenti per l' operazione, particolarmente assistito dai dottori *Gould* e *Clark* di Lockport, *Carleton* di Norwich, *Conn* e *Gerrish* di Portland e da varii altri, fece l' operazione al 20 dello stesso mese. Messa l' ammalata in posizione supina ed eterizzata, praticò un' incisione sulla linea mediana dal mento allo sterno, e dividendo sulla sonda giunse sul tumore. Immediatamente come nel primo caso, in moltissimi punti la sottile parete dei vasi superficiali si ruppe e ne seguì un copioso gemizio. Calmatosi questo, si potè colle dita disseccare il tumore fino nella sua porzione cal-

carea dal lato destro. Incontrate quivi delle salde aderenze, negli sforzi per lacerarle, le grandi diramazioni che erano causa del suono aneurismatico si ruppero ed immediatamente ne seguì la più spaventevole emorragia, ma in pochi secondi l' operatore fu al peduncolo e la potè arrestare comprimendo colle dita fino all' applicazione di un doppio laccio. Questi fili furono applicati sulla linea mediana, serrati sulla trachea, e ciascuna legatura stretta sufficientemente con un sol nodo per controllare l' emorragia e dar tempo per l' esame. Sperava di separare ciascuna metà pel peduncolo in tante parti quante erano le arterie come fece nel primo caso, ma ciò fu impossibile per la stipatezza del tessuto, non volendo usare istrumenti taglienti; allora legò il più strettamente possibile ciascuna metà separando il tumore da' suoi attacchi. Nel far ciò sette piccole arterie non connesse al tumore furono tagliate, ma legate, ogni emorragia cessò. La ferita non essendosi chiusa subito, dopo dieci minuti si videro i vasi in ogni parte dell' esposta superficie pulsare violentemente, e quindici minuti dopo l' ablazione del tumore, l' arteria tiroidea inferiore sinistra sfuggire dal laccio e sprizzare con gran violenza. Questa, secondo l' opinione dell' autore e dei presenti, eguagliava in volume la carotide comune. In un momento fu presa ed assicurata, allora tutta la metà sinistra del peduncolo fu passata da parte a parte dal tenaculum ed opportunamente assicurata. Ogni emorragia cessava ed in pochi minuti la ferita fu chiusa con sutura d' argento, fu applicata una compressa bianca asciuta e messa la paziente nel suo letto aveva il polso a 100 e senza marcati segni di colapso. Prese un pantrito alla sera e passò una notte che più felice da tanti anni non godeva. Continuò in bene fino al decimo giorno, quando le venne emorragia secondaria che fu arrestata con la compressione digitale continuata dal dott. *Clark* per 72 ore. Per tutto questo tempo e per qualche giorno successivo ogni nutrimento fu dato per clistere, e per bocca solo qualche pezzo di ghiaccio. All' infuori del detto accidente la convalescenza proseguì regolarmente. L' ultimo laccio si distaccò al 21° giorno, e dopo quattro settimane dall' operazione l' ammalata è fuori dal letto. Indi stette sempre bene. Una settimana prima dell' operazione aveva perduta interamente la voce, dopo l' ablazione del tumore ritornò perfetta. Il peso del tumore estirpato era di cinque pounds. Questi sono, dice il dott. *Greëne*, i soli casi nei quali finora ho fatta l' escisione del broncocele, e se saranno gli ultimi non ne avrò rammarico, perchè mentre il loro esito fu fortunatissimo, io son certo che nessuno che abbia visto e molto meno fatta questa operazione possa invidiare colui che la sorte lo mise nell'

occasione di intraprenderla. Pure in tali circostanze non potei esimermi da una simile responsabilità, e questo pel motivo che era stabilita la possibilità di una vantaggiosa estirpazione anche in casi peggiori; ed io credo che l' operazione fatta nel modo da me indicato possa pretendere un posto sicuro tra le legittime *ultime risorse* come, p. e., l' amputazione al cotile.

I varii momenti dell' operazione, come l' autore la eseguisce, sono questi:

1. Scopertura del tumore con una lunga incisione lineare, evitando con diligenza di ferire la sua fascia propria.

2. Divisione della fascia propria sulla sonda.

3. Rovesciamento ed enucleazione del tumore con le *dita ed il manico dello scalpello* non badando all' emorragia anche profusa, ma portandosi il più rapidamente possibile alla base della ghiandola per comprimere le arterie tiroidee.

4. Trasmissione del peduncolo dal di sotto in su con un ago curvo ottuso armato di doppia legatura ed annodandole ciascuna; o quando è possibile dividendo il peduncolo in tante parti quanti sono i tronchi arteriosi e legando ciascuna parte separatamente.

5. Escisione della glandola e susseguente medicazione della ferita come nei casi ordinari.

Tre casi d'empiema vantaggiosamente curati con ampia apertura.

Allo scopo di confermare sempre più, che l' entrata dell' aria, almeno nel piotorace, è affatto innocua, e che qualche volta è utilissimo praticare un' ampia incisione per dar libera uscita alla marcia raccolta nella cavità pleurica, ed ancora per invogliare i colleghi, più di quel che presentemente da noi si faccia, a valersi della cura chirurgica, in tali affezioni, il dott. *Parona* riferisce due casi (1) il primo appartenente a *Chaplin*, il secondo a lui stesso, ai quali noi aggiungneremo un terzo anche più importante tolto dalla Clinica del prof. *Rizzoli*.

Caso 1° — Ad un ragazzo, di anni 12, dopo un grave attacco di pleurite sinistra, succedeva una copiosa effusione. Fallita affatto la cura

---

(1) Gazzetta Medica Italiana Provincie Venete — 13 Aprile 1872.

medica, ed il male essendosi aggravato a segno da lasciar temere una prossima fine, si praticò, dopo aver fatto una piega cutanea tra la nona e decima costa, una puntura con sottile trequarti esploratore, ed accertatosi che la raccolta era marciosa, si sostituì al trequarti esploratore uno da idrocele; si estrassero 40 oncie circa di liquido, migliorò il paziente immediatamente, sebbene durante l' operazione fosse entrata aria nella cavità pleuritica; ma rinnovatasi la raccolta, al decimo giorno si ripetè l' operazione, lasciando a permanenza un tubo da drenaggio; vistosi però inutile ogni apparecchio per impedire l' entrata dell' aria, e nessuno venendone tollerato, fecesi un' ampia apertura come se si fosse trattato di un ascesso. Dopo questo le cose progredirono sempre di bene in meglio, ed il ragazzo all' ottavo mese era guarito benissimo, restandogli solo una leggera depressione al lato sinistro del torace.

Nel 2° caso trattavasi di un ragazzetto gracile, di anni 14, stato ammalato nel Gennaio 1871 di pleurite sinistra curata con otto salassi. Passato lo stato acuto dell' affezione, il malato abbandonato dal medico curante, perchè intollerante d' ogni rimedio, s' aggravò sempre più, e, a capo di tre mesi, invitato il dott. *Parona* per la prima volta a vederlo, lo trovò deperito assai, con polso frequente e respirazione difficilissima; il torace era più ampio a sinistra, specialmente in basso ed infuori, dove per un bel tratto eravi arrossamento marcatissimo, tumefazione ed edema considerevole, e nel punto più rilevato, corrispondente alla regione sotto ascellare della settima costa, avevasi la sensazione di fluttuazione; immobilità del costato, mutezza in tutto il lato sinistro e cuore spinto a destra. Accertata l' esistenza d' una raccolta pleurica, coll' assistenza del dott. *Falconi*, appena fatta un' incisione della sola cute, nel luogo più fluttuante, si vide uscire della marcia in grandissima quantità. Sino al giorno successivo continuò questa a fluire senza apparecchio di sorta, poscia si applicò un tubo da drenaggio, ma assolutamente non fu tollerato dal paziente, e lo si levò. Per qualche giorno ancora, l' aria entrando ed uscendo liberamente, il liquido continuò a fluire, ma poscia l' apertura esterna rapidamente restringendosi, l' uscita del pus si fece più difficile, infiltrandosi sotto la pelle. A questo punto aggravatosi il ragazzo, l' A., per impedire ulteriore infiltrazione di materia, introdotta una sonda per l' apertura fistolosa, sulla guida di essa e sulla stessa direzione della prima incisione, tagliò ampiamente tutti i tessuti molli, compresa la pleura per il tratto di quasi tre centimetri, e cauterizzò i margini della ferita, onde ritardare il più possibile la loro riunione. Curò in seguito la parte come se fosse stato un semplice ascesso; la mar-

cia continuò ad uscire liberamente, l' infiltramento cessò e mercè ripetute iniezioni, prima di soluzione fenica e jodata, e poscia di nitrato d'argento, la marcia si fece sempre più fluida e scarsa. Dopo otto mesi il polmone per due terzi era ritornato permeabile all' aria, la sesta, settima, ottava e nona costa si erano appianate in modo da costituire una sensibile depressione nella volta toracica, il cuore si era portato un po' più a sinistra, la colonna vertebrale piegata un po' a sinistra ed all' avanti. L' apertura fistolosa era ancora aperta, ma da essa usciva pochissimo pus e quasi sieroso.

Il caso poi osservato nella Clinica Chirurgica del prof. *Rizzoli* è il seguente. Vi entrò il giorno 14 Dicembre 1863 Pellegrino Silvestrani di Lugo d' anni 22 il quale circa due anni innanzi, in un tal giorno, essendosi posto in rissa con un suo compagno, questi gli vibrò al costato sinistro un colpo con un coltello lungo ed a punta molto accuminata, in seguito di che riportò una ferita fra la quinta e la sesta costa di quel medesimo lato penetrante in cavità ed in corrispondenza della linea che dall' ascella si porta direttamente in basso. La ferita poi non penetrava soltanto nel cavo toracico, ma comprendeva altresì il polmone per cui oltre ad esterne emorragie, ebbersi copiosissime pneumonorragie, susseguite di poi da espettorazione di pus.

Quantunque il Silvestrani venisse debitamente curato, non potè però evitarsi in lui la formazione di un' empiema intrapleuritico piuttosto vasto. E quando le marcie che entro il petto raccoglievansi non trovavano facile sfogo da un' apertura fistolosa formatasi al torace nel punto ferito, l' infermo era preso da grave oppressione di respiro, che non ammansavasi se non se quando le marcie venivano in grande copia espettorate, il che rendeva patente la raccolta marciosa intrapleuritica trovarsi in comunicazione con altro cavo marcioso formatosi nel polmone ove era rimasto leso.

Il prof. *Rizzoli* vedendo perciò la convenienza di procurare allo esterno del torace una libera escita al pus che si accumulava in molta copia di tratto in tratto entro la pleura ed il pulmone, si decise d' eseguire la toracentesi col metodo della incisione, che praticò col processo ordinario incidendo la parete toracica per oltre cinque centimetri in corrispondenza alla fistola. Nel fare poi questa operazione trovò la pleura enormemente ingrossata in seguito di lavori plastici.

Giunto che fu il prof. *Rizzoli* nel cavo pleuritico sgorgò dalla apertura fatta abbondante copia di pus. Allora introdotto l' indice in quella marciosa cavità potè trovare col polpastrello del dito stesso a po-

ca distanza dalla esterna apertura e di contro alla medesima nello stesso pulmone, un angusto pertugio, nel quale insinuato avendo uno specillo, gli riescì facile il confermare entro esso pulmone essersi formata una marciosa raccolta che comunicava coll' intrapleuritica, e tale da non potere poi sperare che le molte marcie che vi si andavano formando potessero con facilità dall' indicato angusto pulmonare pertugio scaturire, e versarsi esse pure al di fuori del torace. Ma giacchè fortunatamente gli orli di questo pertugio eransi fatti molto duri, ed ai loro contorni non sentivansi pulsazioni arteriose, essendosi ivi il pulmone indurito, deliberò il *Rizzoli* di fare in quell' orlo alcune piccole scalfiture, per potervi delicatamente insinuare il dito, ed ottenere tanto spazio da rendere così libero lo scolo alle marcie. E ciò avendo diffatti effettuato potè allora facilmente dominare quel marcioso cavo, per cui introdottovi, mediante la via della ferita fatta al torace nello eseguire la toracentesi, uno stuello di fila, gli riescì mantenere quell' apertura in diretta comunicazione col cavo marcioso intrapleuritico, e colla esterna ferita istessa. Per tal modo le marcie al di fuori liberamente fluendo, in piccola quantità vennero di poi espettorate, anzi scorse che furono alcune settimane lo sputo purulento cessò affatto, e di pari passo il cavo marcioso pulmonare andò via via restringendosi e quasi del tutto disparve. Il pulmone pure che per la pressione sofferta erasi alquanto rimpiccolito essendosi grado grado maggiormente ampliato ed accostato alla pleura costale, la cavità marciosa intrapleuritica anche per questo disparve, e non rimase che un' apertura fistolosa nel torace comunicante con una breve sinuosità nel pulmone superstite. Giunte le cose a questo punto fu però d' uopo mantener lungamente quella sinuosità pulmonare in comunicazione colla esterna toracica apertura mediante un drenaggio, che allora riescì ben tollerato, anzi se ciò si ometteva le marcie cominciavano di nuovo a ristagnare entro la fistola pulmonare e tornava perciò a presentarsi, sebbene in grado assai minore, l' oppressione di respiro, ed a rinnovarsi gli sputi di pus.

Dopo essere rimasto il Silvestrani in simile stato in Clinica per alcuni mesi chiese di escirne. Non tralasciò per altro di farsi visitare di poi di tratto in tratto dal *Rizzoli*, il quale allorquando potè esser sicuro che la fistola pulmonale era del tutto sparita, che marcia non veniva più da lungo tempo espettorata, e non raccoglievasi neppure nel cavo pleuritico tolse del tutto il drenaggio, e così si ottenne la stabile cicatrizzazione della fistola. Il Silvestrani godette di poi ottima salute, e si fece forte, e robusto. Ora è incorporato nelle guardie doganali, ed esercita il suo

faticoso servizio senza risentirne danno o molestia di sorta. Di ciò il *Rizzoli* si è anche recentissimamente assicurato ed ha potuto confermare, che in fuori del ristretto punto in cui il pulmone fu ferito, nel quale per l' ispessimento subìto l' aria non può passare, nel resto il polmone funziona con piena normalità. La cicatrice toracica poi si conserva forte, ed inalterata.

L' elettricità nell' alienazione mentale.

Il dott. *Arnt* constata gli effetti favorevoli della elettricità nell' insania.

La corrente indotta, dice egli, eccita i centri nervosi, e qualche malato sotto la sua influenza si rianima e comincia ad occuparsi. L' autore preferisce la faradizzazione delle estremità e l' eccitazione dei nervi frenici. La corrente più forte è sul principio sentita appena, ma bentosto la reazione si produce, e bisogna allora diminuire l' intensità di questa corrente.

Si applica la corrente galvanica poggiando un reoforo sulla colonna vertebrale, e l' altro sulla pelle ec.

Una Signora di 57 anni soffriva nel 1863 un dolore profondo, in seguito del quale divenne irascibile: a questi fenomeni tenevano tosto dietro forti traspirazioni, dopo una mania religiosa con tentativi di suicidio. Il suo stato migliorò, ma nel 1865 ricadde. Nel 1868 si mostrava in condizione tale che non se le potè medicare una piaga che dopo averla cloroformizzata.

Questa donna era di grassezza normale, avea la pelle secca, la pupilla destra dilatata e la sinistra contratta; la respirazione a 16, il polso ad 80, le membra inferiori irrigidite, la lingua e le braccia agitate da tremiti; sembrava colpita da paresi e lasciava cadere gli oggetti che prendeva in mano. In certe epoche non mangiava punto, mentre in certe altre era vorace: la loquela era difficile, e sentiva nelle parti diverse del corpo e specialmente all' occipite dolori più o meno vivi; dormiva infrattanto a forza di morfina.

In Gennaio questo stato migliorò dopo l' apparizione di alcuni foruncoli. In Febbraio la malattia ebbe una nuova ricaduta: credevasi l' ammalata perseguitata di continuo. Bagni caldi a 32, la calmarono tosto; le pupille allora erano contratte, il tremore avea cessato, la faccia era colorita ed il polso ad 80. In Marzo si riprodusse il male alla nuca; si lamentava di un ronzio entro le orecchie e dolori per tutto il corpo;

si accusava di delitti immaginari. Le furono amministrati il ferro e la chinina. L' autore credeva che questi fenomeni dovessero riferirsi al sistema nervoso centrale, e non al gran simpatico. La somma difficoltà nella articolazione dei suoni, la lassezza ed il tremore delle braccia dipendevano da sconcerti nell' innervazione del plesso bracchiale, ma le sensazioni anormali sentite dalla malata dovevano riconoscere per causa uno sconcerto dei centri di sensazione, cioè a dire dei cordoni posteriori.

Credendo di moderare l' eccitabilità patologica col diminuire per mezzo del galvanismo la sensibilità di egual natura, egli risolvette di ricorrere a questo.

Nel giorno 17 Marzo applicò una pila di 16 elementi, pose un reoforo al disotto della protuberanza occipitale, e l' altro sopra la regione dorsale della colonna vertebrale. L' ammalata però nulla risentì finchè non fu impiegata una pila a 26 elementi, ed allora provò una sensazione leggera alla regione del dorso. La pupilla destra che era in quel momento la più dilatata si fece eguale alla sinistra; alla sera la Signora si sentiva meglio, le pupille erano pure eguali.

Nel dì 18 e 19 ella gustò per la prima volta di un sonno tranquillo. Le applicazioni galvaniche durarono solamente un mezzo minuto per seduta. Questo trattamento venne continuato per un mese, ed alli 9 Maggio la guarigione era completa.

La cura medesima fu applicata con successo ad un giovane uomo nel quale l' insania era succeduta ad una corea.

(*The medical Press and circular*)

Embolismo dell' arteria vertebrale, paralisi del glossofageo.

Un giornaliero di 68 anni, forte e ben costituito essendo caduto da una vettura carica sul cavallo che la conducea, provò una viva scossa entro il petto avendo posto innanzi direttamente lo sterno. Una dispnea considerevole ne seguì, benchè non avesse alcuna costa fratturata. Qualche giorno appresso, un dolore intenso sopraggiunse al lato sinistro dell' occipite discendente verso il collo; questo diminuì a gradi, ed il malato fu bentosto in istato di riprendere le sue occupazioni.

Alli 14 Ottobre un accesso violento di vomito ebbe luogo, e tosto appresso il malato non potea affatto inghiottire. Si lagnava di stordimento al braccio ed alla gamba destra, benchè le movesse liberamente.

La pupilla da questo lato era dilatata ma sensibile alla luce. Diceva di sentirsi benissimo, e lamentava d' aver fame senza poter ingojar cosa, malgrado tutti i suoi sforzi; i liquidi ritornavano pel naso. Un vescicante venne applicato alla parte posteriore del collo e medicato colla stricnina fino alla produzione di movimenti tetanici; vennero pure intromessi lavativi di brodo. Null' ostante questi mezzi, il malato soccombeva per rifinimento alli 26 Ottobre.

L' autopsia mostrò il cervello perfettameate normale, se non che l' arteria vertebrale sinistra era interamente ripiena di grumi embolici.

(*British med. Journ*)

Percloruro di ferro all' interno ad alta dose nel trattamento della difterite e specialmente dell' angina pseudo-membranosa. — Del dott. *J. M. Noury.*

Lo scopo del mio lavoro è di riportare qualche fatto di più in favore di questo rimedio all' interno, e ad alta dose nell' angina difterica in unione ai tonici e ad una alimentazione riparatrice. Insisto su questo ultimo punto, in ragione del suo carattere infezionale, della natura essenzialmente adinamica delle malattie difteriche, dell' attacco profondo che portano alle forze radicali dell' organismo, attacco provato a soprabbondanza dai casi di morte sopraggiunta allorchè l' affezione semplicemente locale, e di una benignità apparente è impossente, e per la sua estensione, e per la sua sede a spiegare questo esito funesto.

Le osservazioni che io possedo sono tutte relative a casi di difterite faringea, senza estensione ben marcata verso le vie aeree, e per conseguenza meno pericolosa del croup.

Noury ha impiegato la soluzione di *percloruro di ferro d'Adrian* adottata dal *Codex*. La maniera migliore, dice egli, di amministrare la soluzione di *percloruro di ferro* è la più semplice, e consiste nel versarne scrupolosamente ed a misura del bisogno il numero di gocce richieste dallo stato e dall' età del malato, in un bicchier d' acqua zuccherata che egli beve all' istante: oppure come pratica *Auburn* nella difterite, nel versarne 20 a 40 gocce entro un bicchiere d' acqua semplice od acidulata con poco di succo di cedro che il malato beve a sorsi nelle 24 ore. Un poco di latte freddo bevuto appresso toglie benissimo il sapore del medicamento. Bisogna poi aver cura di non servirsi a questo

effetto che di vasi di vetro, o di porcellana, a fine di evitare la decomposizione la quale non mancherebbe di aver luogo al contatto di un metallo.

In generale durante i tre primi o quattro giorni *Aubrun* non somministra altro che il *percloruro* e latte freddo. Noi vi aggiungiamo i tonici ed una alimentazione larga quanto è possibile. Ogni 24 ore il malato può prendere fino a dieci bicchieri, e qualche volta il doppio, ciò che rappresenta un peso di 6 a 18 grammi.

La cura non riesce bene che a patto di venire applicata tanto arditamente ed in maniera continua. Importa pure assaissimo il cominciarla il più presto possibile dalla comparsa dell' affezione.

Questo trattamento è facilissimo da seguirsi malgrado la repugnanza che cagiona sovente il sapore astringente del rimedio, repugnanza che bisogna vincere a tutto costo, specialmente nei bambini. Il percloruro di ferro impiegato all' interno non cagiona in generale nè epigastralgia, nè diarrea, nè vomito: qualche volta però un po' di costipazione; il più spesso il colore nero delle evacuazioni è il solo fatto che cada sotto osservazione.

Contribuzione alla conoscenza della difterite. — Per *Lodovico Letzerich.*

Nell' Archivio di Virchow Vol. 40, 45, 47 l' autore ha pubblicato le seguenti tre memorie che ora riproduciamo dalla Rivista Scientifica della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena, sembrandoci che sieno di molta importanza e meritevoli d' essere aggiunti agli altri articoli che abbiamo raccolto su questo grave argomento.

La difterite avviene tanto come malattia epidemica primitiva, quanto come concomitanza della scarlattina e della rosolia. La sua natura è fino ad ora ignota, sebbene in tutte le opere di patologia si parli delle alterazioni che essa porta nella muccosa delle parti posteriori della faringe, nella laringe e nelle tonsille.

Io ho avuto l' opportunità di studiare gli essudati in cinque casi di difterite primitiva della tonsilla e della laringe e di questi esporrò i risultati.

Per le mie ricerche io mi servii di essudati grossi e sottili, di data antica e recente, tenuti in una debole soluzione di acido cromico.

Gli essudati più antichi e più consistenti per l' azione di questo acido erano divenuti duri, onde si prestavano all' esecuzione di tagli sottili.

Se si conduce un taglio sottile attraverso alle masse più giovani, si vedono sotto il microscopio nella glicerina diluita due strati manifestamente separati di diversa grossezza. L'uno di questi sottili strati consta di masse amorfe compatte e quà e là mostrano, sopra fini tagli, una disposizione molto irregolare delle molecole che le costituiscono. L' altro strato consta di fibrille di tessuto connettivo, di fibre elastiche e di cellule di tessuto connettivo, le quali quà e là, mediante la proliferazione, presentano cumuli simili a cellule purulente. Questo strato è una parte della rete muccosa. Sullo strato da prima descritto si vedono delle cellule epiteliali ad un solo, o a più strati. Spesso le masse di essudato sono del tutto prive di queste cellule o aderiscono ad esse gruppi di cellule in modo irregolare. Se si osservano attentamente questi gruppi di cellule, o anche le cellule che nuotono isolate nel liquido, si vedono in esse dei corpuscoli di diversa grandezza, splendenti, piccoli, rotondi, riuniti in gruppi sopra sottili filamenti variamente intrecciati. I corpuscoli splendenti sono spore di fungo, i filamenti fili di tallo. In tutte queste cellule si vede un punto dove i fili sono penetrati o lo sviluppo delle spore in diversi stadi. Dopo che cioè i fili di tallo si sono introdotti nelle cellule s' ingrossano a maniera di clava e mettono appendici claviformi, le quali si strozzano in diversi punti. La moltiplicazione dei fili di tallo e la formazione delle spore si effettuano a detrimento delle cellule epiteliali, cosicchè le ultime, o spariscono del tutto, o passano in un fine detrito che conserva presso a poco la forma delle cellule epiteliali stesse.

Per l' esame delle antiche e dure masse di essudato si trova che la sostanza amorfa è più copiosa e priva di cellule purulente Lo strato della rete muccosa intrecciato con la sostanza amorfa è più grosso e spesso vi si trovano corpuscoli rossi del sangue, parte fuori e parte dentro i vasi. Il rivestimento epiteliale manca quasi del tutto e in suo luogo, per conseguenza, sulla superficie libera si vedono spore riunite a gruppi o sparse. Le spore hanno un colore giallastro, o brunastro e sono numerose. Esse presentano degli ingrossamenti nella loro membrana che per la loro regolarità danno a questa un aspetto grazioso. Le spore posano sopra fili splendenti che nelle masse di essudato difterico si possono facilmente seguire. Se con gli aghi da preparazione si lacerano le masse riesce d' isolare grandi fili di tallo ramificati a guisa di asta, ai quali aderiscono parecchie spore. Io non son riuscito a scorgere nei fili di tallo nodo alcuno. Nonostante la loro finezza, essi verso le spore si fanno anche più fini e da essi si ramificano, simili alle radici di piante più elevate, delle appendici corte e simili a protoplasma.

Dai fatti esposti risulta, che la difterite è prodotta da un fungo. La manifestazione della malattia è spesso preceduta da affezioni catarrali della muccosa delle fauci e della laringe. Durante questo tempo incomincia di già la germinazione delle spore venute per qualche accidente in contatto con le dette muccose, è soltanto più tardi, dopo che i fili di tallo sono penetrati attraverso agli epiteli fino alla rete muccosa ed hanno destato una violenta irritazione infiammatoria, si manifesta l' essudato infiammatorio. In questo vegeta ora il fungo mentre sulla superficie di questo essudato priva di epiteli si effettuano la formazione di spore e la maturazione. Su questa superficie si trovano sempre spore piccole, rotonde, splendenti ed incolore, le quali spesso posseggono dei nuclei, insieme a spore più grandi, meno splendenti e senza nucleo, e finalmente spore biancastre anche più grandi con regolari ingrossamenti, nelle quali io non ho potuto scorgere nuclei. Le diverse spore mi sembrano rappresentare diversi stadi di sviluppo, cosicchè le ultime descritte sono le spore di fungo mature ed atte alla germinazione.

La difterite adunque si sviluppa nel seguente modo:

Nello stadio catarrale della malattia si trovano negli escreati contenenti numerosi corpuscoli di mucco e di pus delle spore mature giallo-brunastre, le quali hanno in parte formato un così detto protallo tubuliforme. Gli epiteli sono a questo punto tuttora intatti. Con la penetrazione dei fili di fungo sorgenti dal protallo, negli strati di epitelio, nasce un digregamento di questi. Mediante la irritazione della rete muccosa, che ora si fa violenta, si forma l' essudato amorfo caratteristico della difterite. Ben presto questo si disgrega e si trasforma in una poltiglia cancrenosa e fetente.

Sulla difterite. — Seconda memoria per lo stesso autore.

Nella prima memoria sopra questa malattia ho mostrato che la difterite è prodotta da un fungo (Zigodesmo). Io ho continuato l' esame delle masse di essudato in altri 16 casi, e intorno alla natura e allo sviluppo di questo fungo, sviluppo che va di pari passo con quello della malattia, aggiungerò le seguenti cose.

Se nel primo stadio (catarrale della difterite) si esaminano le masse muccose si vedono in queste, insieme a corpuscoli di pus masse di spore giallo-brunastre dalle quali escono tubi di protallo di diversa gran-

dezza. In questi tubi si riconoscono quei punti dai quali scaturiscono i fili di tallo come escrescenze piccole e versucose. I fili di tallo che nascono dai tubi di protallo sul principio sono corti, a un solo contorno e inarticolati e ciò anche quando sono penetrati negli epiteli. Più tardi quando si fanno più grossi e s' introducono nel tessuto della rete muccosa acquistano un doppio contorno e mostrano articoli formati da lunghe cellule. Così resta corretta l' asserzione emessa nella prima memoria, che io non ho potuto vedere articolazioni nei fili di tallo. I fili arcolati verso le estremità che portano spore si fanno più fini e formano un fibroso e fitto intreccio nel quale le spore si sviluppano in fiarille più larghe e a un semplice contorno.

Nelle masse di essudato si trovano sempre spore di differentissima grandezza e nei più differenti stadi del loro sviluppo. Sul principio esse hanno un vivo splendore, più tardi acquistano un doppio contorno e si fanno giallastre, quindi divengono giallo-brunastre.

Se si osservano attentamente i diversi stadi dell' alterazione difterica delle tonsille e della mucosa della faringe, nel primo stadio della malattia, per conseguenza quando incomincia la germinazione delle spore, altro non si vede che rossore e turgore delle parti corrispondenti. In questo momento la malattia si può facilmente troncare mediante la eccitazione dei moti di vomito effettuata ogni due minuti e per mezz' ora mediante l' introduzione di un manico di cucchiaio nella faringe e per la remozione del mucco aderente alla muccosa della faringe, eseguita con pannolino avvolto ad un dito.

Nella più parte dei casi, nel primo stadio dell' alterazione delle tonsille e della faringe, si presenta una raucedine caratteristica, legata con una tosse crupale. Questi sono fenomeni della propagazione del catarro alla muccosa della laringe. Siccome anche sull' ultima le spore di fungo germinano e si sviluppano, bisogna ricorrere contemporaneamente all' uso di un vomitivo.

Nel secondo stadio della difterite sulle parti della muccosa buccale e faringea si vedono larghi opacamenti di colore latteo. Questi opacamenti sono prodotti in primo luogo da un essudato cruposo molle, in secondo luogo dalle alterazioni cagionate dai funghi penetrati negli epiteli, e in terzo luogo dagli intrecci fungosi con numerose spore splendenti. I funghi, l' essudato e per conseguenza anche le cellule, possono tuttora distruggersi o allontanarsi mediante la raschiatura di queste parti, fatta col mezzo di un pannolino ricoperto di polvere d' allume.

Nondimeno non è sempre possibile di remuovere e di distruggere tutti

i funghi e per conseguenza avviene che più presto, o più tardi la malattia passa nel terzo stadio, quello della distruzione delle cellule e del tessuto mucoso. Le cellule o si riducono in un fine detrito misto con masse di essudato, o i fili di fungo sollevano dalla mucosa grandi placche di epitelio con la rete muccosa. Così nascono le note ulcerazioni di colore bruno lurido, profonde e fetenti.

La morte avviene nel più dei casi mediante il collasso, molto più raramente mediante una pneumonite lobulare e lobare, suscitata forse dalla germinazione delle spore di fungo In ogni caso deve essere una intossicazione settica della massa sanguigna proveniente dalle ulcerazioni difteriche, quella che porta la morte mediante il collasso.

Sulla natura della difterite. — Per lo stesso Autore.

Per venire del tutto in chiaro del fungo generatore della difterite e da me descritto, io ho intraprese delle esperienze di cultura nel modo seguente:

Io ho tagliato delle membrane difteriche in sottili fettucce e le ho poste in piccoli, lunghi e sottili vetri accuratamente puliti con acqua bollente e subito chiusi con stufazzi di cotone, ed ho portato delle gocce di acqua assolutamente pura sulle pareti dei vetri affinchè l'aria si mantenesse in essi il più possibilmente umida. Dopo 24 ore le fettucce di membrana erano coperte di una muffa alta un millimetro circa, la quale presentava un aspetto di un bianco splendente. Dall' esame microscopico risultò, che i fili di muffa erano nati da fili di tallo delle fettucce delle false membrane. Le estremità dei fili di muffa si dividevano in altri 3 — 6 fili nei quali si vedevano i più diversi gradi di strozzamento di grandi cellule di conidie. I fili di muffa non avevano mai più di un millimetro di lunghezza, e comprese le loro appendici.

In altri vetri io posi dei pezzetti di pane bianco inzuppati nel latte fresco di vacca e in questi seminai le cellule di conidie. Anche questi vetri furono tenuti ben chiusi con stufazzi di cotone.

I pezzetti di false membrane nei primi vetri furono abbandonati a se.

Dopo 24 ore io esaminai alcuni dei pezzetti di pane inzuppati nel latte, su cui erano state seminate le cellule di conidie. Risultò, che dalle grandi cellule di conidie erano nati fini fili di fungo, sui quali stava-

no delle appendici brevi e che appena sorpassavano il livello dei pezzetti di pane. Queste appendici passavano in un ricettacolo di spore che formava intreccio come io l' ho già descritto. Le spore erano più o meno rotonde, di differentissima grandezza, incolore e molto splendenti. Dopo altre 24 ore si trovavano delle grandi spore di colore giallo-brunastro con ingrossamenti di egual colore degli epispori.

Dopo la seminazione delle spore coltivate, io ottenni la muffa con cellule di conidie e dopo la seminazione di queste il fungo, le cui spore nello stato perfetto mostrano gli ingrossamenti degli epispori.

La muffa sui pezzetti di false membrane abbandonati a sè si dileguò in breve tempo ed anche qui allora si riconoscevano gli ulteriori gradi di sviluppo del fungo già descritto.

Negli essudati difterici si trovano le spore incolore delle più differenti grandezze. Soltanto sulla superficie di essi si trovano le spore perfette sedenti sopra filamenti molto corti e che appena si elevano al disopra del livello degli essudati.

Le esperienze di cultura hanno per conseguenza mostrato che la mia opinione sullo sviluppo della difterite per mezzo di un fungo, il quale negli essudati difterici a motivo dei diversi stadi di sviluppo, mostra diverse forme, è giusta.

Mediante l' esperienze di cultura si trattò di riconoscere se i funghi ripetutamente coltivati generano la difterite sulle muccose su cui si portano. Per queste esperienze sono molto adatti i giovani conigli. Io portai in un giovane e vivace coniglio le spore di fungo raschiate dai pezzetti di pane insieme con filamenti di fungo, nella parte inferiore della vagina ed altra piccola porzione nel sacco superiore della congiuntiva dell' occhio destro. Dieci ore più tardi io trovai l' animale sofferente e poco voglioso di mangiare. La vulva era grandemente tumefatta, molto arrossata e calda L' occhio era tenuto semichiuso e fluiva da esso continuamente un mucco torbido. Circa 16 ore più tardi l' animale morì.

Alla sezione, nella porzione inferiore della vagina si trovarono tutti gli stadi della difterite osservati sulle tonsille e sulla muccosa faringea dei bambini. Nella fossa navicolare si trovava un essudazione della grandezza di un pisello e nei dintorni di essa, verso l' alto e lateralmente si vedeva l' epitelio distrutto e misto ad essudati. Estesi opacamenti dell' epitelio si trovavano fino sopra la metà della vagina verso l' orifizio dell' utero. Le parti restanti della vagina e dell' utero erano prese da forte stato infiammatorio, al quale partecipava pure il peritoneo delle vicinanze. La congiuntiva dell' occhio destro era fortemente iniettata e la

muccosa si era fatta opaca. Non si era qui sviluppato che il secondo stadio della malattia. Veri essudati difterici non si erano anche presentati.

È dunque evidente che là dove grandi masse di spore di fungo si sviluppano in contatto con le muccose, si formano estese distruzioni a cui succedono violenti infiammazioni e perciò la difterite può divenire pericolosa e maligna. S' intende ora anche perchè le epidemie della difterite sono spesso molto maligne, mentre le leggere endemie e i casi sporadici restano il più spesso benigni. R. M.

Sopra le azioni della digitalina, sul circolo e sulla temperatura. — Del prof. *Ackerman.*

Le azioni fisiologiche della digitale sul circolo furono sottoposte da *Traube*, come è gia noto, ad una indagine estremamente precisa e fondamentale, e furono stabilite per la parte più importante con una purezza completa mediante numerosi esperimenti. Le più recenti comunicazioni di *Traube* su questo oggetto datano del 20 Giugno 1870 per un resoconto della Società Medica di Berlino, il quale però non è stato pubblicato che il 31 Luglio ed il 14 Agosto 1871 nei numeri 31 e 34 dell' Ebdomadario clinico di Berlino. Appoggiato ad un breve riassunto dei risultati di fatto delle sue ricerche, il *Traube* formula in questo suo resoconto la teoria della azioni fisiologiche della digitale sull' apparato ondulatorio nella maniera seguente.

La digitale agisce:

1° Eccitando e nell' ulteriore decorso paralizzando il sistema nerveo inibitorio.

2° Eccitando e nell' ulteriore decorso paralizzando il sistema nerveo vaso-motorio.

3° Paralizzando il muscolo cardiaco.

Sono già cinque anni che io istituii una lunga serie di sperimenti nei cani sopra le azioni della digitalina, ma senza dubbio con un chimografo manchevole sotto più aspetti. Poichè i risultati di questi sperimenti concordavano in tutti i punti essenziali con quelli di *Traube* e non contenevano nessuna novità d' importanza, così non esisteva alcuna ragione per pubblicarli. Più recenti sperimenti tuttavia, i quali io istituii con un chimografo costruito da *Sauerwald* precisamente giusta i precetti di *Traube* hanno condotto ad ulteriori risultamenti sopra i cangiamenti del

circolo ed in ispecie anche ad una conclusione sopra la connessione, che sembra esistere fra questi cambiamenti e l' azione della digitalina sul calore del corpo conosciuta già da lungo tempo.

I. *Azioni sul circolo*

Costantemente subito dopo l' iniezione di una forte dose di digitalina (0,05) nelle vene giugulari dei cani si osserva una diminuzione della frequenza del polso, la quale è sempre collegata con un aumento di altezza delle singole onde.

Traube ha già riferita questa diminuzione di frequenza ad una irritazione dei nervi inibitori del cuore, potere tuttavia recare una prova affatto stringente per questa sua ipotesi. Il rallentamento del polso infatti si verifica anche, come afferma l' istesso *Traube*, allorchè prima dell' introduzione della digitalina furono tagliati i vaghi e per conseguente *Traube*, nell' interesse della sua teoria, videsi costretto ad ammettere, che il rallentamento dopo il taglio sia prodotto da un' azione della digitalina pei segmenti periferici dei vaghi. Che egli avesse ragione con questa sua ipotesi, si dimostra impiegando una sostanza, la quale paralizza le fibre cardiache del vago completamente ed in tutto il suo decorso. Una tale sostanza, come *Bezold* ha trovato, è l' *atropina*. Se s' inietta questa prima della digitalina in una quantità sufficiente (d' ordinario bastano 0,010 fino a 0,015) allora la frequenza del polso non è punto rallentata dalla digitalina.

Al rallentamento si collega talora affatto immantinente, più spesso a poco a poco, un aumento della frequenza del polso che supera d' assai la norma. Questo aumento è riferito da *Traube*, pure con ragione ad una paralisi dei vaghi. Tuttavia esso non è prodotto che in parte da ciò, imperocchè un aumento della frequenza si verifica anche dopo l' iniezione della digitalina se precedentemente i vaghi erano stati del tutto paralizzati dalla atropina. Laonde si deve ammettere che nell' aumento di frequenza del polso dopo la digitalina oltre la paralisi del vago si tratti anche di una irritazione dell' apparato muscolo motorio o dei nervi affrettatori del cuore.

All' affrettamento del polso abbastanza spesso ma non sempre, collegasi inoltre un nuovo rallentamento unito d' ordinario a grande irregolarità, il quale sembra fondato in una incipiente paralisi del muscolo cardiaco e se questa si presenta trapassa molto rapidamente in completa quiete del cuore.

La quiete del cuore, la quale può unirsi all' affrettamento del polso, anzi persino al primario rallentamento in modo immediato, è senza meno indipendente dalle azioni della digitalina pei nervi inibitorii. Essa par favorita dal diretto contatto della digitalina colla musculatura cardiaca ed è indubiamente fondato in una paralisi dell' apparato muscolo motorio.

Il cuore come già ha dimostrato *Stanniu*, immediatamente dopo il suo mostrarsi non reagisce più agli stimoli elettrici.

Regolarmente dopo l' iniezione dalla digitalina si osserva inoltre un aumento della pressione sanguigno arteriosa per solito molto notevole. Esso è affatto indipendente dalla frequenza del polso, giacchè con ogni grado di frequenza può esistere o mancare. Esso è prodotto certamente in parte forse in tutto da irritazione vasomotoria, poichè è più piccolo se prima della iniezione della digitalina era stato tagliato il midollo cervicale all' altezza dell' atlante. Fino ad ora non si potè con sicurezza decidere se l' aumento sia prodotto solamente da irritazione vasomotoria o oltre ciò anche dal cuore. L' aumento di pressione in ciascun grado di frequenza del polso può convertirsi in un abbassamento di pressione fino alla norma ed anche al disotto, preferentemente certo in conseguenza di paralisi vasomotoria; e ciò col cessare del moto cardiaco. In principio del primario rallentamento di polso non di raro si mostra del pari un abbassamento di pressione sotto la norma ed è prodotto da ciò che allora, colla già esistente irritazione dei vaghi manca tuttora la irritazione vasomotoria. L' abbassamento di pressione allora dovrebbe intendersi quale conseguenza diretta dell' irritazione del vago giacchè esso per lo meno dopo forte irritazione dei vaghi assi costantemente.

Come è noto negli sperimenti della pressione del sangue si osservano spessissimo particolari e regolari oscillazioni di pressione, le quali seguono molto più lentamente del polso, e le cui condizioni, secondo le ricerche di *Hewing*, son da cercarsi nelle relazioni della respirazione coll' attività del cuore. Queste oscillazioni di pressione, le quali in opposizione alle primitive onde del polso potrebbero chiamarsi onde secondarie, sono parimenti rallentate dalla iniezione della digitalina e precisamente nel rapporto medesimo del polso di guisa, che il numero delle onde del polso, le quali spettano ad un onda secondaria, rimane il medesimo prima e dopo il rallentamento.

II. *Azioni della temperatura*

Nelle mie prime ricerche sopra le azioni di grandi dosi di digitalina sugli animali ho istituite numerose osservazioni della temperatura del retto sperando di trovare un mezzo tra i cangiamenti del circolo e la nota azione antipiretica della digitalina. I tentativi rimasero pienamente infruttuosi. Come io mi sono persuaso adesso, la ragione di ciò non era che una diminuzione di temperatura non si verifichi in genere dopo grandi dosi di digitalina, ma piuttosto era che il retto, come *Heidenhain* ha già mostrato, è un luogo inacconcio per le determinazioni tecniche. Era necessario di stabilire direttamente la temperatura del sangue in un vaso grande, e perciò ultimamente ho istituito un numero di esperimenti nei quali determinai con un termometro di *Heidenhain* la temperatura del sangue della vena cava inferiore durante l' azione della digitalina. Questi esperimenti hanno dato risultati positivi. La temperatura scema col crescere e cresce di nuovo collo scemare della pressione sanguigna, anzi va persino sopra la norma, della pressione sanguigna, scende sotto la primitiva altezza. Per quanto i miei esperimenti danno finora contezza a questo riguardo, pare che il raffreddamento si produca il più presto e il più fortemente allorchè prima della iniezione della digitalina il polso era frequente e piccolo e bassa la pressione. Se allora in seguito della digitalina s' ha un forte rallentamento del polso con contemporaneo e notevole aumento di pressione, il raffreddamento è fortissimo, minore tuttavia se restando uguale od anche aumentando la pressione il polso diventa frequente. Questi fatti nondimeno abbiscgnano ancora di una ulteriore conferma sperimentale. *Heidenhain* ha già mostrato che la ragione della diminizione di temperatura connessa generalmente coll' aumento di pressione arteriosa consiste verisimilissimamente in un accresciuta rapidità del movimento del sangue a traverso i capillari. Questa opinione concorda pienamente colla teoria di *Weber* sul movimento del sangue. Imperocchè quanto maggiore è la differenza di pressione fra le arterie e le vene a favore di quelle, tanto più presto il sangue deve trascorrere dalle arterie nelle vene.

Il *Traube* nelle sue ultime comunicazioni già rammentate, ha cercato di spiegare le azioni della digitale in molte affezioni di cuore dagli effetti fisiologici del rimedio sul circolo. È noto che le azioni della digitale hanno valore massimamente nelle insufficienze o nelle stenosi dell' ostio venoso sinistro. Le iperemie venose, che si presentano in questi stati, so-

no naturalmente connesse con una corrispondente anemia del sistema aortico e per conseguente sono diminuite per sè le loro conseguenze prossime od anche tolte del tutto da un maggior riempirsi del sistema aortico. Questo si può ottenere coll' uso della digitale ed è precisamente l' effetto in gran parte al certo, forse anche in tutto della irritazione vasomotoria, al quale porta aumento di pressione sanguigna nelle arterie, un più rapido movimento del sangue nei capillari e diminuzione della pressione venosa. La conseguenza di ciò è il rientrare dei liquidi trasudati nelle vene, e nei capillari, che tanto spesso s'osserva in clinica l'assottigliarsi del sangue ed un aumento della secrezione renale, che oltre a ciò può essere anche direttamente favorita dalla maggiore pressione arteriosa. Il *Traube* ha inoltre accennato, che per il rallentarsi delle contrazioni cardiache la nutrizione dell' organo è agevolata.

(*Arch. di Med. Chir. ed Igiene*, *Fasc.* 3. *Anno* 1872)

Delli gas del sangue. — Esperienze sulle circostanze che ne fanno variare la proporzione nel sistema arterioso. Per i Dottori *Mathieu* ed *Urbain.*

Influenza della temperatura animale. — Negli animali, la di cui temperatura propria è sottomessa a delle variazioni, il sangue arterioso, contiene una proporzione di ossigeno men grande se quella si abbassa di quello che, allorquando la temperatura animale si eleva. Togliendo con rapidità l' ossigeno al sangue mediante una corrente d' idrogeno e determinando la quantità dell' ossigeno, che cotesto sangue è suscettibile di assorbire durante un tempo determinato, a seconda che la temperatura era più o meno elevata, si addimostra come il sangue raffreddato, fissi più ossigeno, di quello che il sangue mantenuto alla temperatura del corpo. Così la proprietà funzionale delli globuli sanguigni, non sembra esagerarsi con una temperatura elevata, nè diminuire per freddo. La presenza di una quantità più elevata di ossigeno nel sangue arterioso delli animali la di cui temperatura rettale si aumenta, collegasi a degli ossidamenti più attivi. Ma debbesi osservare come l' acido carbonico, la di cui formazione si è il risultato ultimo degli ossidamenti organici, non rinviensi nel sangue in proporzione anormale, che un' ora o due dopo l' artificiale innalzamento della temperatura del corpo. In tal momento la reazione acida che presenta il tessuto muscolare, riscaldata oltre misura, fa parte alla reazione alcalina ordinaria. Allorqnando la tempera-

tura animale si abbassa, le combustioni intime vanno decrescendo. Tale diminuzione sarebbe ancor più accusata, se si tenesse conto della lentezza del circolo, siccome sarebbe pur necessario farlo per avere il valore esatto di queste ossidazioni. Un fatto da segnalarsi, allorquando il raffreddamento del corpo di un' animale viene spinto all' estremo, si è la quantità di acido carbonico, che rimane in dissoluzione nel suo sangue arterioso. Tale quantità si eleva a più di 60 p. 0[0. Dopo la morte in un' atmosfera di acido carbonico, la proporzione non è guari più considerevole. Quindi la sosta dei movimenti del cuore per eccesso di acido carbonico nel sangue del sinistro ventricolo diviene la causa probabile di morte per raffreddamento. Finalmente la rigidità muscolare del cuore, la quale si osserva, allorchè la temperatura di un animale raggiunge i 45 gradi, sarebbe la conseguenza degli eccessivi ossidamenti, i quali precedono la morte per calore.

Influenza della fatica muscolare. — La quantità dell' ossigeno in circolazione nel sangue arterioso aumenta durante la fatica, ma cotesto aumento non è in rapporto col numero delle respirazioni. Dopo una fatica diuturna il respiro diviene triplo o quadruplo da quello normale, ora, la cifra dell' ossigeno non aumenta per nulla in questa proporzione. Fa bisogno di ammettere l' intervento di una qualche causa opponentesi all' assorbimento troppo pronunziato dell' ossigeno per il sangue. La rapidità nel circolo sembra fare la parte di moderatore. Per istudiare in una maniera indipendente della respirazione e della circolazione sulli gas del sangue arterioso, abbiamo, dicono gli A., procurato di determinare le modificazioni arrecate dalla sezione e dalla elettrizzazione dei nervi pneumogastrici. Il ritorno respiratorio essendo il solo modificato, come l' arterizzazione del sangue diviene più completa, se il respiro diviene più profondo abbenchè più raro, o se divenga più frequente e di uguale amplitudine. La quantità di ossigeno aumenta ancora nel sangue arterioso, allorquando i battiti del cuore si rallentano, senza cambiamento nella frequenza del respiro. Producesi così un antagonismo tra gli effetti della respirazione e delle pulsazioni, allorquando si accelerano nel tempo istesso.

Influenza del sonno cloroformico. — L' ossigenazione del sangue arterioso durante l' azione del cloroformio sull' organismo è assai variabile. Il periodo di eccitamento iniziale corrisponde ad un sangue arterioso, più ossigenato di quello che lo sia normalmente. L' azione prolungata del cloroformio, seco arreca per lo contrario un rallentamento del re-

spiro, uno abbassamento della temperatura ed una diminuzione della quantità di ossigeno fissata dal sangue rosso. La morfina ha un' azione analoga a quella del cloroformio. Durante la letargia accagionata dal freddo, si osserva la stessa diminuzione. Egli è dunque probabile che il sonno fisiologico consista non solo in un' anemia cerebrale, ma anco nello invio al cervello, di un sangue arterioso meno ossigenato.

Osservasi inoltre come le combustioni diminuiscono notabilmente, in seguito della prolungata anestesi. Dopo la morte per cloroformio, il sangue del cuore destro, è ossigenato, quanto lo è appunto nello stato normale. Di più, se sopravvengono, taluni accidenti di sospensione del respiro a causa d' irritazione de' nervi laringei superiori, il sangue arterioso rimane sempre bastevolmente ossigenato. L' asfisia per difetti di ossigeno, non può dunque accamparsi, par ispiegare la morte per cloroformio.

(*idem*)

Dei disturbi psichici derivanti dalle ferite del cranio. — Pel dott. *De Kraff-Ebing.*

Le affezioni mentali traumatiche si dividono in tre gruppi. Nel primo il disturbo psichico è la conseguenza diretta, immediata dell' accidente; nel secondo non mostrasi che in seguito dopo un periodo prodromico di disordini della sensibilità, degli organi dei sensi e di alterazione dell' umore e del carattere; nel terzo gruppo infine la commozione cerebrale non produce che una predisposizione alla alienazione, la quale non mostrasi che allorquando una causa occasionale viene a dare l' ultimo impulso alla affezione fino allora latente.

1° *gruppo.* — L' alienazione traumatica primaria è dovuta alla commozione cerebrale, oppure alla compressione dell' encefalo a motivo dei prodotti della percossa, cioè scaglie ossee, emorragie, ascessi ec.

I disordini psichici sono quelli della demenza primaria con indebolimento generale dell' intelligenza che può dileguarsi più o meno sollecitamente, oppure degenerare in vera demenza apatica. Presentansi ancora disordini della motilità e della sensibilità, cioè paralisi, irregolarità nella coordinazione dei movimenti, crampi, iperestesie, anestesie, ec.

2° *gruppo.* — Qui il disordine psichico non è immediato, ma preceduto da un periodo più o meno lungo di irritazione cerebrale, che manifestasi con sintomi psichici soltanto o con alterazione della motilità e della sensibilità, o infine, e questa ultima alternativa è molto più frequente, colla simultanea comparsa di quelle due serie di fenomeni. In

quasi tutti i casi havvi grandissima irritabilità, e questo è un segno patognomico, dacchè in nessuna forma di alienazione la irritabilità è sì pronunciata come nei casi in cui la malattia è dovuta ad una lesione cerebrale traumatica. Questo periodo di prodromi può durare per mesi ed anni. Le lesioni organiche possono essere di natura molto diversa ma non svolgonsi che a poco a poco. La forma del disturbo psichico non è sì determinata come nel gruppo precedente; talvolta sopraggiungono veri accessi di mania; la demenza paralitica è molto frequente.

Il terzo *gruppo* comprende i casi nei quali il trauma ha semplicemente prodotto una diminuzione nella vitalità cerebrale, la quale diviene il *punctum minoris resistentiae* dell' organismo: havvi adunque una vera predisposizione alla follia, e ciò, bene inteso, a gradi diversi.

Il prognostico della alienazione traumatica è in generale cattivo, e del tutto infausto nei casi della prima e seconda serie. Nella età avanzata è disperato; nella infanzia lo sviluppo intellettuale è spesso arrestato. In quanto alla cura non bisogna mai contarci troppo; nei casi della seconda e della terza serie principalmente profilattica; in quelli della prima sarà essenzialmente derivativa e chirurgica.

(*Lo Sperimentale. Aprile* 1872)

Della diminuzione istantanea nella frequenza del polso come segno precursore di complicazioni cerebrali. — Pel dott. *Georges Gray.*

Allorquando nel caso di una malattia febrile abbassa in un subito e in modo notabile la frequenza del polso, possono temersi alcune complicanze encefaliche, benchè nessun segno ne annunzi la invasione. Questa osservazione non è nuova; ma siccome non è classica, i tre fatti seguenti riferiti dall'Autore hanno una grande importanza:

1° In un tisico al quale M. *Gray* ebbe a prestare le sue cure nel 1868 la malattia seguiva il suo andamento normale; alcune caverne si erano formate in ambedue i polmoni, e il polso oscillava abitualmente tra 100 e 108. Tutto ad un tratto, il 20 Giugno, si ridusse a 74 e si mantenne tra 74 e 80 fino al 16 Novembre, epoca in cui comparve la cefalalgia, lo strabismo, e poco dopo il coma e la morte.

2° Un fanciullo di 8 anni preso da diarrea strumosa aveva abitualmente il polso a 100; discese all' improvviso a 76. Due giorni dopo si manifestavano sintomi di meningite.

3° Un fanciullo di 7 anni che aveva avuto la rosolia nel mese di Gennaio, fu preso da febbre gastrica che lo costrinse a stare in letto per cinque o sei settimane. Quando M. *Gray* fu chiamato, il piccolo infermo era tormentato da bronchitide e principalmente da grande irritabilità gastrica. Il polso era abitualmente a 100. All' improvviso questa frequenza si ridusse a 82. Ammaestrato dagli esempi precedenti, l' autore sorvegliò attentamente il fanciullo rispetto alle complicazioni cerebrali. La respirazione tuttavia era normale, il malato dormiva tranquillamente e non manifestavasi nessun segno di lesione cerebrale, salvo dei vomiti che sembravano di natura gastrica. Questi vomiti cessarono pell' uso della magnesia, ma il polso si mantenne a 82 pieno e regolare, e la lingua restò patinosa. Al quarto giorno dopo la diminuzione della frequenza il piccolo malato trovavasi nel medesimo stato; appariva però un poco più di apatia e di fotofobia; le pupille agivano in modo regolare. Il giorno dopo sopraggiunse il delirio e bentosto il coma e la morte.

M. *Gray* non intende di stabilire che la diminuzione istantanea nella frequenza del polso sia un segno infallibile di complicazioni cerebrali; egli crede soltanto che questo sintomo in alcuni casi almeno abbia un valore prognostico incontestabile. (*idem*)

Sulla estrazione dei corpi estranei dell'orecchio. — Estratto dalle conferenze cliniche del dott. *C. Miot.*

La estrazione dei corpi estranei insinuati nell' orecchio, quantunque semplice pell' ordinario, fu il soggetto di molti ritrovati pella massima parte negletti.

Si immaginarono strumenti talvolta molto ingegnosi, come se si fosse obliato che il miglior modo di estrarre un corpo estraneo è quello di praticare una irrigazione coll' acqua tiepida, la cui forza impulsiva e abbondanza debbono esser varie.

Per indicarvi la via da seguirsi nei casi di estrazione dei corpi estranei seguirò l' ordine da me prescelto nella mia classificazione. (Trattato delle malattie dell' orecchio. Parigi 1871, Savy).

Corpi liquidi. — I liquidi sono introdotti nell' orecchio sia volontariamente colle iniezioni, oppure si formano nell' orecchio medesimo come il pus per esempio.

Accade sovente dopo un bagno che insorgano delle otitidi pel soggiorno prolungato dell' acqua nella parte curva della parete inferiore

della porzione ossea del condotto presso il timpano. Allorquando non sono per anco sopraggiunti gravi disordini, ed il processo infiammatorio è poco pronunziato, basta il portare una o più volte nel fondo del condotto uno stelo guarnito di cotone e di mantenerlo in sito per pochi istanti. Se ha avuto luogo la formazione di pus, occorre, combattendo a un tempo l' affezione che lo produce, toglierlo dall' orecchio. Introducendosi sovente dei liquidi nell' orecchio per calmare i dolori, disciogliere il cerume o per guarire la sordità. I liquidi iniettati sono pell' ordinario il balsamo tranquillo, l' acqua sedativa, il laudano, l' etere, il cloroformio e vari oli puri o misti con quei liquidi.

Ordinariamente quelle sostanze agendo come irritanti energici debbono essere posti in uso allungati da un veicolo; allora non aumentano la infiammazione che si vuole calmare.

Si è inoltre pensato ad iniettare alcuni di que' liquidi coll' intendimento di guarire la sordità. Così una illuminata del decimonono secolo M. *Clèret*, morta pazza, ebbe la infelice idea di volere guarire tutte le sordità coll' instillare alcune gocce di etere solforico nell' orecchio di quei disgraziati che a lei ricorsero.

Questo modo di cura faceva meraviglie, dicevasi. Ogni giorno registravansi pubblicamente successi miracolosi. Invano *Triquet* e *Ménière* si oppossero con forza contro una cura sì perigliosa e ad un tempo impotente. Venne ad essi prestata sì poca fede che anco oggi vedete al mio dispensario dei malati infelici la cui affezione venne inasprita dall' uso di quel medicamento incendiario.

Corpi molli. — I corpi molli introdotti nel condotto vengono dal di fuori o formansi nell' orecchio. Gli uni sono costituiti dal cotone, dalla lana, da frammenti di tela, dalla argilla, dal lardo, dalla pece. Io gli ho classati a parte; pure non ne parlerò a lungo per la facilità della loro estrazione.

Havvi tuttavia qualche caso meritevole di essere notato. Se il corpo è solubile in un liquido la cui azione non possa nuocere alle parti costituenti dell' orecchio, occorre allora introdurne soltanto nel condotto quella quantità che può essere bastante a produrre una dissoluzione completa o sufficiente perchè la remozione del corpo estraneo possa effettuarsi. Se questo non è solubile può estrarsi colle pinzette quando ha una certa consistenza, o farlo uscire per mezzo di una irrigazione di acqua tiepida.

Corpi duri. — I corpi duri si incontrano talvolta nell' orecchio esterno, e sono ben spesso la causa di gravi disordini. Così ogni volta che

si vorrà farne la estrazione, si dovrà esporre alla luce viva l' orecchio esterno, ed operare *de visu* se impiegansi degli istrumenti. Ma per porsi nelle condizioni più vantaggiose è utile di avere buoni apparecchi e degli steli finissimi piegati ad angolo ottuso.

Il pratico non essendo provvisto pell' ordinario di tutti gli istrumenti convenienti, prescegliera di attendere piuttosto che correre il rischio di perforare il timpano e di commettere altri falli. Tuttavia dovrà agire con tutta la prontezza possibile affinchè il corpo non penetri profondamente nel condotto uditivo e non offenda il timpano.

Per evitare tutti questi accidenti è preferibile di tentare il mezzo più semplice, l' irrigazione coll' acqua tiepida.

Il corpo estraneo potendo risiedere nelle differenti parti dell' organo, è necessario di stabilire quelle distinzioni che possono agevolare la esposizione del trattamento.

1° Il corpo risiede nella porzione esterna del condotto.

2° O nella porzione ossea del medesimo.

3° O in parte nel condotto e in parte nella cassa.

4° O nell' orecchio medio: visibile o invisibile.

Quando il corpo è nella porzione esterna del condotto accade sovente che trovisi nella porzione fibro-cartilaginosa se non si sono ancor fatti dei tentativi per estrarlo.

Allora la estrazione ne è sempre facile. Ma ordinariamente si è cercato di toglierlo, e durante l' operazione è stato spinto nella porzione ossea presso il timpano senza che ne sieno avvenuti gravi disordini.

In questo caso l' estrazione è laboriosa se impiegansi degli strumenti; ma se ricorresi alla irrigazione fatta con acqua tiepida si va al sicuro nella maggior parte dei casi e senza il timore di rompere il timpano. Non voglio dire con questo che la membrana del timpano debba resistere a un getto di acqua spinto da un apparecchio potente. Le irrigazioni coll' acqua tiepida ci somministrano adunque il mezzo più semplice e il meno pericoloso per estrarre i corpi dall' orecchio; ma sventuratamente quelle non riescono costantemente. Allora l' opera degli istrumenti si rende indispensabile. Tra quelli che bisogna preferire si deve ricordare la cucchiaia di *Levy d'Etiolle*, modificata dal mio sapiente e abile maestro M. *Richet*, la cannula pinzetta di M. *Bonnafond*, e i diversi strumenti che ho fatto costruire io stesso; i due primi offrono vantaggi minori assai dei secondi.

Allorquando il corpo è ovale, irregolare, e che è possibile di afferrarlo colle mie pinzette, insinuasi tra lui e la parete del condotto uditi-

vo uno stelo finissimo, avente una estremità libera piegata ad angolo retto o un poco ottuso. Tostochè quella parte ha oltrepassato il punto in cui è situato il corpo estraneo, la si fa rialzare nel condotto in modo che dessa possa venire ad urtare il corpo e spingerlo fuori nell' istante medesimo in cui si ritira lo stelo.

Se il corpo ha un forma rotonda e una superficie liscia le difficoltà sono maggiori, dacchè desso rotola sotto l' istrumento e si rende difficile il prendere un punto di appoggio. Talora il corpo da estrarsi essendo impegnato nel fondo dell' orecchio la sua estrazione si rende laboriosissima. Per renderla più facile *Paolo di Egina* consigliò di praticare alla faccia interna del padiglione, a livello della sua inserzione mastoidea, una incisione semicircolare per creare così un condotto anormale pel quale introdurre gli strumenti atti ad estrarre il corpo. Ma i vantaggi di questo metodo sono immaginarii, dappoichè la incisione permette di giungere soltanto in un punto situato al di quà del corpo estraneo, allorchè questo trovasi nel fondo del condotto uditivo esterno.

Invece di un canale naturale si crea una via artificiale nascosta in parte dal sangue che scaturisce dai vasi recisi. È dunque sorprendente che un medico sì distinto adotti siffatto progetto e lo trovi eccellente. Nella mia pratica ho sempre evitato di farne uso, giacchè lo reputo sconveniente.

Nel caso di una estrazione molto difficile io ricorsi al seguente processo. Dopo avere illuminato l' orecchio esterno, introdussi la parte curvata dello stelo di cui ho parlato, dietro il corpo estraneo in modo da impedire che questo potesse essere sospinto dall' istrumento, e con un altro stelo ricurvo terminai felicemente la operazione.

Se il corpo è un cilindro di vetro che abbia una lunghezza maggiore della larghezza del condotto, il suo massimo diametro è quasi parallelo a quello del condotto, e la estrazione ne è facile se afferrasi la estremità visibile colla pinzetta.

Se il cilindro è piccolo può essere situato perpendicolarmente alla lunghezza del condotto, allora bisogna variare la posizione del corpo in modo da potere afferrare una delle sue estremità onde estrarlo. Allorchè trattasi di un tubo si dispone in modo da potere scorgere uno dei suoi orifizi, e ponendo una delle branche della pinzetta nella apertura si toglie allora con facilità. Con un buono otoscopio e con istrumenti adatti, devesi preferire gl' istrumenti all' irrigatore.

Il corpo estraneo è in parte nella cassa, in parte nel condotto. Se il corpo estraneo è in parte nel condotto, in parte nella cassa, la mem-

brana del timpano è stata allora perforata durante i tentativi pella estrazione o dal medico o dal malato. I corpi estranei da me ritirati erano spilli, piccoli pezzi di legno, bottoni, palline di vetro, pietruzze, ecc., e la membrana in alcuni casi trovavasi largamente perforata o distrutta insieme alla maggior parte della catena dei piccoli ossi. Esempio: un garzone di caffè, dopo aver tentato e fatto tentare invano la estrazione del corpo introdotto, venne a trovarmi per pregarmi a volere estrarre un pezzetto di fiammifero che esso aveva da otto giorni nell' orecchio; dopo aver tolto il pus rinchiuso nella porzione ossea del condotto constatai lo stato seguente. I tessuti del fondo del condotto avevano un rossore considerevole, la superficie del timpano di un grigio biancastro, pellicolosa nelle sue parti anteriori, presentava nella sua faccia posteriore un rosso diffuso assai marcato; verso la sua parte postero-anteriore vedevasi in iscorcio un corpo allungato, di un colore grigio nerastro, impiantato solidamente nella perforazione, i cui labbri erano tumefatti, rossastri, sanguignosi. Il corpo estraneo riposava sulla parete inferiore della cassa, e determinava da otto giorni dei dolori che i calmanti i più energici non avevano potuto acquietare. Fissai nella estremità del fiammifero la punta in acciaio di uno stelo piegato ad angolo retto e lo estrassi continuando ad esercitare sul corpo estraneo una certa pressione. Tolto questo ostacolo si vide una larga perforazione e l' interno della cassa del tutto riempita dal pus.

Delle iniezioni di acqua tiepida, delle instillazioni astringenti, compirono la guarigione rimanendo intatta la funzione uditiva: si poteva estrarre questo corpo colle pinzette.

In casi simili al precedente gl' istrumenti sono più utili della irrigazione, la quale determina dei vivi dolori, e potrebbe trascinare seco il corpo entro la cassa se fosse poco voluminoso.

Il corpo estraneo situato nella cassa può essere: 1° visibile; 2° invisibile.

In questi due casi il timpano è distrutto in totalità o in parte, la catena degli ossetti può essere divolta e le pareti della cassa denudate. Quando il corpo è visibile, se egli è relativamente voluminoso, di forma irregolare, può afferarsi colle pinzette, e preferire l' operazione alla cura fatta colle irrigazioni di acqua tiepida. In un caso simile, in cui volevo estrarre un bottone spinto in totalità nella cassa del timpano, adoperai l' irrigazione. Ma il getto liquido invece di fare uscire il corpo estraneo, lo rese invisibile; non fu che dopo avere praticato ad esempio di *Deleau* delle iniezioni per la tromba di Eustachio, ed aver fatto variare la po-

sizione al malato, che io giunsi a scorgere il bottone, e ad estrarlo con uno stelo la cui estremità era molto simile ad un amo.

Quando il corpo è invisibile si possono fare dei tentativi agendo con molta lentezza, e rammentarsi che il soggiorno protratto di un corpo estraneo nella cassa non compromette pell' ordinario la esistenza dei malati.

Frattanto si son dovuti deplorare degli esiti funesti per la introduzione di un corpo estraneo nell' orecchio, ma bisogna attribuirli ai disordini commessi nei tentativi di estrazione, e non alla presenza del corpo estraneo medesimo. Il fanciullo di cui parlerò in appresso era stato ben maltrattato; non solo esso non morì, ma non presentò neppure sintomi molto inquietanti.

Corpi animati. — Quando dei corpi animati penetrano nel condotto uditivo, basta il praticare una iniezione per farli uscire. Invece di questo processo sì semplice alcuni avevano ingenuamente pensato ad attirare al di fuori questi corpi animati col porre certe sostanze presso il meato uditivo. Così venne consigliato il latte pei fora-orecchi, la carne pei vermi della mosca carnivora. — Voi potete sperimentare questi mezzi come una prova, ma non come una pratica seria. È stato consigliato di uccidere gl' insetti prima di estrarli. Questa è una pratica inutile che si evita facilmente servendosi dell' acqua tiepida per irrigazione.

Se il timpano poco largamente aperto impedisse all' onda liquida di cacciare dei vermi rinchiusi nella cassa del timpano, dovrebbesi spingere pella tromba dell' olio canforato od una soluzione potassica, si instillerebbero altresì pel condotto quei medesimi liquidi, e di leggieri si perverrebbe ad espellere quei corpi animati. Nel caso contrario si ingrandirebbe la perforazione nel timpano affine di facilitare la uscita del corpo estraneo.

In questa esposizione rapida ho procurato di eliminare i mezzi terapeutici ridicoli o nocivi per insistere su quelli dei quali ho potuto riconoscere la superiorità.

Per terminare citerò ora la osservazione di un fanciullo di 10 anni che mi fu confidato il 3 Novembre corrente. Questo fanciullo si era introdotto dne mesi innanzi una pietruzza alquanto voluminosa nell' orecchio destro. Era già stato condotto allo Spedale di S. Luigi, ove gli fu iniettata senza risultato una certa quantità di acqua tiepida. Un mese fa fu praticato il medesimo espediente allo Spedale Santa Eugenia. Siccome il corpo estraneo non era stato espulso dall' orecchio, fu consigliato ai parenti di praticare delle irrigazioni coll' acqua tiepida; e questo fecero di sovente durante un mese.

Il 3 Novembre esaminai l' orecchio esterno col mio speculo ottoscopo, e riconobbi la presenza del corpo estraneo, che era situato nella porzione ossea del condotto uditivo esterno, e poteva eseguire dei movimenti leggeri dal di fuori al di dentro.

Dopo aver fatto fissare la testa del malato da un aiuto, introdussi dietro il corpo estraneo uno dei miei piccoli crochet il cui stelo è piegato ad angolo ottuso; poi feci sì che si sollevasse in modo da toccare una parte della faccia posteriore del corpo astraneo, e lo trassi fuori.

La estrazione di questo corpo e di molti altri mi offre la opportunità di fare alcune riflessioni.

1° Ho dimostrato con fatti clinici che un corpo estraneo può soggiornare nella cassa per lungo tempo senza produrre accidenti mortali. Non è sorprendente che possa restare nell' orecchio esterno senza provocare sintomi apprezzabili.

2° Non devesi giammai adoperare le irrigazioni di acqua tiepida ogni volta che il corpo estraneo può restare nell' orecchio per un certo tempo, dappoichè rimangono alcune goccie d' acqua sulla parte inferiore della porzione ossea del condotto presso il timpano.

L' interno del condotto, od una parte soltanto essendo umida può essere influenzata dal freddo in modo pericoloso.

Se il soggetto è scrofoloso od è sottoposto a speciali influenze l'otite esterna può determinare una perforazione del timpano. Ne risulta il più spesso la suppurazione della cassa, variabile in intensità e durata, l' addensamento del timpano, permanente o temporario, e la diminuzione variabile nell' udito dopo la scomparsa dello scolo.

Di maniera che per estrarre un corpo estraneo, operazione generalmente facile dopo la invenzione ed il perfezionamento dei nuovi istrumenti, si possono determinare disordini irreparabili o gravi. (*idem*)

Della pleurite e della toracentesi. — Di *G. I. Woillez.*

Nella pleurite la misurazione dell' ampiezza toracica è un mezzo non soltanto utile, ma indispensabile per risolvere certe difficoltà della pratica.

Preconizzata da prima per apprezzare l' ampiezza relativa del lato affetto, la misurazione eseguita mediante un nastro graduato, fu poi abbandonata siccome quella che forniva indicazioni insufficienti. Non è in-

fatti che in certe pleuriti sinistre, ad un dato momento, che l' ampliazione relativa di due o tre centimetri di questo lato, messo in rapporto col lato destro, può fornire una' indicazione diagnostica utile; e di più in questi casi lo spandimento abbondantissimo è reso apprezzabile da una folla di altri segni. Quando lo spandimento risiede a destra, l' ampliazione relativa di questo lato è sempre incerta, in quanto che questo lato ha naturalmente presso la maggior parte degli individui sani da uno a tre centimetri di più (uno e mezzo in media) che il lato sinistro; nè si possono mai conoscere giustamente le dimensioni rispettive dei due lati prima dell' invasione della pleurite. Del resto risulta da numerosi dati raccolti dal *Woillez* che nel corso di una stessa pleurite, il perimetro relativo dei due lati presenta variazioni estremamente irregolari, e perciò senza valore. Questo processo di misura è dunque a ragione abbandonato.

Il cirtometro (1), se si ha ricorso al suo impiego, può soltanto aver qualche utilita diagnostica fondata sulla comparazione dei due lati, fornendo, pel lato affetto, una traccia, o una curva visibilmente *ampliata* nel senso del diametro vertebro-mammario del lato affetto. Questa ampliazione, rivelata dal tracciato cirtometrico, anche senza essere visibile all' ispezione del petto, è nello stesso tempo un segno del versamento dal lato di questa ampliazione, ed un indizio di versamento abbondante.

Tale è il valore limitato della misurazione come mezzo di diagnostico della pleurite: ma la sua utilità è altrettanto grande quando si fa uso di questo mezzo di esplorazione tenendo conto del perimetro generale del petto messo in rapporto ai differenti giorni della pleurite, per seguire il decorso e l' evoluzione dello spandimento, e serve nello stesso tempo a formulare il prognostico, ed eziandio certe indicazioni del trattamento della pleurite.

Mediante la misurazione il *Woillez* ha constatato che la pleurite acuta ha, come le altre malattie, un' evoluzione naturale che si può formulare nel modo seguente:

---

(1) Il cirtometro di *Woillez* serve a riprodurre la forma del torace, giacchè è costituito da laminette cornee insieme articolate in modo da muoversi difficilmente, ed applicato sul torace conserva esattamente la forma del medesimo. Perciò si può applicare il cirtometro sulla carta, e delineare colla matita all' interno la forma del torace. R.

1. Essa ha un primo periodo di progresso o di accrescimento, di cui la durata è di solito compresa fra li undici ed i ventiquattro giorni, ed il più sovente fra i quindici ed i venti giorni.

2. A questo periodo succede qualche volta un periodo di *stasi* di ventiquattro ore almeno, ma anche può essere di diversi giorni.

3. Un periodo di risoluzione, o di riassorbimento del versamento succede al periodo di stasi. Esso dura almeno quanto il periodo di progresso.

Queste particolarità essendo conosciute possono essere di un gran soccorso pel pronostico. Infatti, se si osserva un pleuritico ne' primi giorni di malattia, si constata un' ascensione graduata della linea di misurazione. È questo il segno di una ampliazione toracica dovuta ai progressi dello spandimento.

Che questa linea continui a salire per dieci, quindici o venti giorni non dà indizio di alcunchè di insolito, essendo questa la prova del corso naturale della pleurite franca. Ma quando questa ascensione passa i venti giorni, bisogna temere un progresso anormale dell' accumulamento del liquido pleuritico; e se questo progresso, e la persistenza dell' ampliazione si continuassero manifestamente dopo il venticinquesimo o trentesimo giorno senza che nient' altro del resto annunziasse una situazione grave, bisognerebbe temere un esito funesto. Tutto ciò può essere osservato in ammalati che il medico non ebbe a vedere che soltanto dopo il ventesimo giorno della pleurite. Questo timore di una terminazione sfavorevole scompare appena comincia la linea di discesa della risoluzione: è dunque un punto capitale a stabilirsi, perchè questa linea è il fatto del prognostico favorevole per eccellenza, qualunque sieno li altri segni o sintomi.

I dati che fornisce la misurazione son talmente precisi che il *Woillez* ha potuto con essi stabilire le indicazioni della toracentesi. Però l' autore non ripudia gli altri mezzi di investigazione, come si può vedere per il riassunto che egli stesso formola nel modo seguente:

A) *Toracentesi di necessità.* — Tutti considerano la toracentesi operazione di necessità ne' casi di versamenti pleuritici, quando l' ammalato minaccia di morire d' asfissia, sia che il versamento copiosissimo produca una dispnea eccessiva con o senza cianosi, con isvenimenti e sincopi, sia che il versamento moderato si accompagni cogli stessi sintomi minacciosi per la coesistenza di affezioni cardiache o polmonari.

B) *Toracentesi di opportunità.* — Essa può essere sottoposta a precise indicazioni.

1. Fuori i casi di necessità qui sopra indicati, non vi è mai indicazione di pungere il petto per versamenti di mediocre abbondanza.

2. Lo stesso si dica per disturbi funzionali, e principalmente della dispnea, che sono insufficienti ad autorizzare per sè stessi la toracentesi, fuori dei casi di necessità.

3. Ognuno ammette l' operazione quando un versamanto abbondante resiste alla causa medica, e per conseguenza al riassorbimento, o quando fa dei progressi insoliti, e perciò inquietanti.

4. L' abbondanza del versamento, annunziato da una matità esagerata, o per il ricalcamento degli organi, non è una indicazione sufficiente, da per sè stessa, per operare: imperocchè in tal caso ci esponiamo a praticare la toracentesi quando il versamento ha tendenza a risolversi bentosto, o quando il liquido è perfino completamente riassorbito.

5. L' indicazione alla toracentesi non può essere rivelata dalla percussione e dall' ascoltazione isolate, imperocchè esse non fanno giudicare che dell' abbondanza dello spandimento, non della sua reale evoluzione.

6. L' indicazione della toracentesi è una questione di evoluzione e di prognostico dello spandimento; l' opportunità risultando dall' operare nè troppo presto nè troppo tardi; troppo presto ci esponiamo ad agire inutilmente, quando la cura medica avrebbe bastato per la guarigione; troppo tardi si lascia passare il momento favorevole, e si compromette la situazione dell' ammalato.

7. La misurazione è la guida la più sicura per giudicare di questa opportunità seguitando giorno per giorno, mediante la traccia ch' essa fornisce, l' evoluzione dello spandimento, anche ne' casi detti latenti, e permettendo di perfettamente giudicare dell' efficacia del trattamento medico.

8. In genere, il progresso dello spandimento fino al quindicesimo o ventesimo giorno, studiato per mezzo della misurazione, non deve bastare a provocare la toracentesi.

9. Ogni spandimento che fa dei progressi rapidi ed inquietanti, può essere operato dal quindicesimo o ventesimo giorno, se lo stato generale dell' ammalato lo esige, sebbene non vi sia asfissia minacciosa.

10. Bisogna operare ogni spandimento che a partire dal ventesimo al venticinquesimo giorno continua a far dei progressi rilevanti, conosciuti mediante le traccie perimetriche, sia che resti generalizzato o stanzionario senza indizio di riassorbimento; infine ogni versamento di cui la risoluzione è insufficiente, come ci viene indicato dalle traccie della misurazione.

11. Ogni spandimento di questo genere generalizzato ed abbondante, visto per la prima volta dopo venti o venticinque giorni di durata, non deve essere operato lo stesso giorno tranne ne' casi di necessità. Bisogna rilevare il perimetro del petto, ed astenersi dall' operazione se il giorno dopo, o il secondo giorno una linea di discesa annuncia il riassorbimento latente del versamento, che si pronuncia ben presto maggiormente. Si farà la puntura se la misurazione rivela un progresso latente, o uno stato stazionario.

12. Negli spandimenti pleuritici cronici, qualunque sia la loro antichità, non si può avere controindicazione all' operazione degli spandimenti abbondanti se la misurazione indica la loro stazionarietà, o il loro progresso, imperocchè il rinunciarvi sarebbe privare il paziente di qualche probabilità di guarigione, ed abbandonarlo con certezza ad un fine fatale.

13. La semplicità dell' operazione non deve determinare il pratico ad operare ne' casi dubbiosi, imperocchè deve temere due complicazioni dell' operazione: la congestione polmonare, e la riproduzione rapida e fatale del liquido; complicazioni assai rare senza dubbio ma che non lo sono niente di meno della sincope mortale, troppo paventata come causa eventuale di morte dagli operatori troppo facili.

14. La natura dei versamenti deve guidare il pratico, una sola puntura bastando di solito alla guarigione di uno spandimento sieroso, mentre che uno scolo fistoloso facile del pus al di fuori per un tempo più o meno lungo è quasi sempre indispensabile alla guarigione delle pleuriti purulente.

15. La puntura secca, malgrado l' esistenza reale dello spandimento, non deve essere ritenuta inutile, la lesione traumatica bastando frequentemente a provocare il riassorbimento nella pleura che non si era giunti ad evacuare per mezzo della puntura.

16. La toracentesi, praticata come operazione di necessità nel pneumotorace, con uscita difficile dell' aria della fistola polmonare, può essere seguita dalla guarigione, e per lo più prolunga almeno la vita dell' ammalato per un tempo qualche volta lunghissimo, per quanto l' affezione sia di natura tubercolosa.

17. Non vi è ragione di astenersi dall' operare i bambini, se vi è realmente indicazione, l' operazione essendo stata seguita dalla guarigione in un bambino di un anno.

Queste sono le condizioni nettamente formulate della toracentesi per gli spandimenti sierosi; quando questi sono purulenti bisogna senza ti-

more aprire largamente il petto, praticare insomma l' operazione dell' empiema. Bisogna però sempre assicurarsi della natura del versamento mediante una puntura esploratrice. É questa la pratica preconizzata dal *Woillez*.

É coll' aiuto della misurazione toracica che questo autore ha potuto stabilire i principali punti diagnostici di molte malattie degli organi respiratori, da cui poi si deducono le indicazioni terapeutiche. Egli però riconosce facilmente li inconvenienti ai quali può dar luogo il cirtometro, sopra tutto in mano di individui inesperti, e pensa che questo istrumento può essere generalmente rimpiazzato da un semplice nastro metrico che in realtà non dà che il perimetro del torace, il che però è il dato di maggior importanza che si deve ricercare. Ed è coll' aiuto della misurazione che il *Woillez* è arrivato a dimostrare la individualità della stessa congestione polmonare. Essa ci dimostra infatti, come segno costante, un aumento del perimetro toracico più o meno considerevole durante il periodo di invasione e di stasi di questa congestione, ed una retrocessione più o meno accentuata quando la stessa malattia è in via di decrescenza. (*Rivista di Med. di Chir. ec.* 1° *Maggio* 1872)

Sugli effetti terapeutici dell' inalazione dell' ossigeno. — Del prof. *Pietro Burresi.*

Il prof. *Burresi* sottopose una sua malata clorotica alle inspirazioni di ossigeno puro, alla dose giornaliera di 20 litri in principio e poi 34 litri, che venivano consumati in 15 o 20 minuti ogni mattina. La relazione di questo sperimento è molto interessante, e mostra che essa fu condotta colla critica più severa e coll' indirizzo sperimentale moderno.

Dopo l' inspirazione d' ossigeno la malata si accendeva leggermente in viso e provava un senso di lieve calore generale. Quanto ai mutamenti fisiologici avvenuti nella giovane clorotica, lasciamo la parola all' egregio clinico di Siena:

Gettando ora uno sguardo sulle cose giorno per giorno notate dal 25 Aprile al 12 Giugno, ci apparirà che nella Maurizi si ebbero i seguenti *effetti immediati* dalle inalazioni d' ossigeno: 1. Il polso talune volte si fece un po' più frequente subito dopo le inalazioni, mentre altre volte diventò più rado e più lento; ma questa diversità di cambiamenti dimostra che essi producevansi indipendentemente dalla influenza spiegata dall' ossigeno. 2. Il respiro divenne sempre, e qualche volta anche no-

tevolmente, accelerato; ma la cagione di questo fatto era accidentale ed estrinseca, e deve riporsi nello sforzo cui era obbligata la malata, perchè costretta ad inspirare l' ossigeno a narici chiuse e per mezzo di un tubo di *gutta-perca* innestato al gasometro. 3. Il calore infine tredici volte si mantenne inalterato, e trentasei volte invece presentò un lieve aumento vario da 0,1 a 0,4 C; la quale cosa ne pare sia da attribuirsi all' azione dell' ossigeno, e perchè frequentissima (in quasi 3|4 delle inalazioni), e perchè non riferibile ad accidentali cagioni da noi avvertite. Infatti la respirazione ed il polso aumentarono talvolta della loro frequenza anche quando la temperatura non si accrebbe; e d' altra parte l' aumento del calore ebbe luogo tal altra volta con il rallentamento del circolo.

Lo *Smith* ha osservato speciali modificazioni indotte dall' ossigeno sulla qualità del polso, nel quale generalmente vide divenire esagerata l' altezza della curva sfigmografica, più pronunziato il dicrotismo, maggiore la regolarità: confrontando però i tracciamenti sfigmografici da noi ottenuti avanti e tosto dopo le inalazioni d' ossigeno (dal 2° al 9°), non si rileva che nella nostra malata la respirazione del gas abbia prodotto nessun *immediato* cambiamento nelle qualità del polso.

Per ciò che riguarda poi gli effetti *remoti* e *permanenti* indotti dall' ossigeno sulla frequenza del polso e del respiro e sulla calorificazione, è da avvertirsi che non si possono valutare nella Maurizi senza tener conto in pari tempo della influenza della dieta carnea e della cura ferromanganica. Ciò premesso, dirò che si ebbero i risultati generali che appresso.

Avanti la cura con l' ossigeno

	Min.	Mass.
Polso	— S. 64	— 78
	— S. 71	— 86
Resp.	— M. 23	— 26
	— S. 26	— 31
Temp.	— M. 37°,2	— 37°,7
	— S. 37°,9	— 38°,1

Dopo la cura con l' ossigeno

	Min.	Mass.
Polso	— M. 55	— 72
	— S. 68	— 77
Resp.	— M. 21	— 32
	— S. 22	— 35
Temp.	— M. 37°,4	— 38°,1
	— S. 37°,4	— 38°,6

Emerge da questo prospetto che dopo le inalazioni con l' ossigeno la frequenza del polso diminuì alquanto, tanto nella mattina che nella sera; il respiro divenne un po' meno frequente nella mattina e divenne un poco più frequente nella sera; il calore infine fu quasi costantemente aumentato, e sulla sera si ebbe una differenza in più da 0,4 a 0,5 C.

Ma se il polso divenne meno frequente nella nostra malata, non cambiò per altro nè di forza nè di ritmo; di guisa che, confrontando gli ultimi tracciamenti sfigmografici (dal 10° al 16°) coi precedenti, non si avverte nessuna differenza valutabile nella lunghezza e inclinazione, come nella durata relativa delle due linee di ascensione e discesa. Sola cosa notevole si è che nel primo tracciamento si manifesta un debole dicrotismo, il quale dopo non si è mai più riprodotto.

L' aumento della temperatura del corpo, verificatosi nella nostra malata, quale effetto immediato e remoto delle inalazioni d' ossigeno, fa presumere una certa maggiore attività nei processi di organica ossidazione. Non potendo cercare la conferma del fatto nello studio impossibile in clinica delle escrezioni degli altri due grandi emuntori, fegato e cute, resta solo l' esame dei cambiamenti sopraggiunti nell' orina. Ora, dal prospetto delle analisi di questa emerge: 1. Che il peso si mantenne quasi sempre fra 1013 e 1014. 2. Che i pigmenti (urofeina ed uroxantina) presi in complesso non aumentarono. 3. Che l' urea nelle prime tre analisi (una delle quali precedente alla cura con l' ossigeno) variò da 21,20, a 22,20 per 1000, quindi salì al massimo di 23,20 e scese al minimo di 7,40, e in fine nelle ultime quattro analisi rimase fra 19,00 e 20,00 per 1000. 4. Che l' acido urico subì una qualche diminuzione. 5. Che gli urati si mantennero presso a poco inalterati. 6. Che i cloruri e i fosfati alcalini furono sempre alla cifra normale. 7. Che i fosfati terrosi apparvero nelle ultime analisi un pocolino cresciuti. 8. Che i solfati infine rimasero inalterati e sempre scarsi. Da tali risultati non è comprovato dunque nessun aumento negli atti dello scambio materiale e della conseguente riduzione organica: ma non per questo deve escluderne la possibilità: perchè siffatta conclusione negativa non potrebbe stabilirsi senza lo studio completo di tutte quante le escrezioni dell' organismo.

Queste mi sembrano le poche deduzioni che possono legittimamente farsi dalla nostra osservazione.

Ho detto più sopra come l' ossigeno mi sia sempre riuscito efficace a combattere l' asma degli enfisematici; debbo aggiungere ora che nessuno mette in dubbio l' utilità di questo mezzo contro la dispnea derivante da ostacolo al libero scambio dell' aria del polmone. Il dottor *Smith* spiega la cosa in tali casi, avvertendo giustamente, che se anche un minor volume d' aria venga introdotto allora nelle vie respiratorie, aumentandone la proporzione dell' ossigeno, si può far sì che la normale quantità di questo gas venga portato a contatto del sangue. (*idem*)

Cura del prolasso emorroidale.

La legatura delle emorroidi interne sì acerbamente condannata dal *Petit*, e da altri, trovava valido difensore nel *Riberi*, il quale suggeriva alcuni perfezionamenti per renderne semplice, e facile l'operatorio processo. E sebbene il *Flajani* preferisse in generale la escisione, riserbava però l'allacciatura alle emorroidi la cui base era molto angusta. Il *Rizzoli* pure nei tumori emorroidarii, tanto più se sanguinanti, ed anco interni d'ordinario commenda la legatura. In questi casi fa iniettare un clistere, ed appena l'operando l'ha evacuato, sporgendo allora assai bene li emorroidarii tumoretti dall'ano, li attornia quasi sempre senza afferrarli colla pinzetta uncinata, con un cordoncino, e li stringe in modo da farli cadere sollecitamente in cancrena. Ciò si effettua con poco dolore, e senza pericolo dell'operato, mentre poi si evitano le emorragie successive, e formatasi la cicatrice non rimane restringimento nell'anale apertura.

Il *Gallozzi* invece preferì di sostituire alla legatura la costrizione fatta per mezzo dell'enterotomo di *Dupuytren*, escidendo poi il tumore rapidamente schiacciato. Questo modo di cura felicemente adoperato dal *Gallozzi* in varii casi può porgere diversi vantaggi, e soprattutto quando i tumori siano molto in alto, ed in simili casi importi grandemente evitare l'emorragia. Occorre per altro notare, che anche il *Rizzoli* avea già raggiunto il medesimo scopo nella cura di alcuni polipi dell'utero, e dello stesso retto intestino molto alti, valendosi di una sua particolare pinzetta.

I caustici pure vennero commendati, anzi di recente il *Curling* (1) fece conoscere che il dott. *Houston* di Dublino consigliava già da alcuni anni la cauterizzazione con l'acido nitrico delle così dette emorroidi interne, affine di guarire quest'affezione più sicuramente, e con minor pericolo di quando si pongono in opera le operazioni cruente, e la legatura.

Questo modo di causticazione però non ottenne molto favore, e può dirsi sarebbe stato pressocchè posto in oblio, se di recente il *Billroth* non lo avesse di nuovo consigliato. Ma sebbene pei felici risultati da noi ottenuti mediante lo schiacciamento, o la legatura, eseguita in ispecie nel modo semplice suricordato, non ci sentiamo disposti ad accoglierlo in genere senza esitanza, tuttavia ci facciamo ad esporlo, acciocchè debitamen-

---

(1) La Nuova Liguria Medica, 30 Aprile 1872.

te ne possono approfittare coloro che per ispeciali circostanze, costretti essendo di ricorrere all'uso dei caustici, al medesimo trovassero più acconcio il dare la preferenza.

Billroth si è deciso di esperimentare il metodo di *Houston* dopo aver veduto, che operando i nodi emorroidali, o col metodo galvano caustico, ovvero con la cauterizzazione col ferro rovente, ne conseguono per lo più, o ristingimenti, o emorragia, od altri spiacevoli incidenti capaci di ritardare la guarigione, o di arrecare molestia ai malati. Da un anno e mezzo egli ha curato tutti i prolassi emorroidali nel modo seguente. — Il malato nel mattino del giorno innanzi all' operazione prende un cucchiaio d' olio di ricino, e nella mattina vegnente un clistere. Se a quest' ultimo ha tenuto dietro un' evacuazione alvina, e se i nodi emorroidali sono venuti all' infuori, si pone il paziente nel letto, e si fa giacere sul fianco con le coscie flesse sul ventre, e con le ginocchie piegate: in allora ei spalma tutta la regione che circonda l' ano con olio, ovvero con un unguento, affinchè la cute rimanga illesa nel caso che su di essà avesse a cadere qualche goccia di acido. Preparate così le cose, si bagna nell' *acido nitrico fumante preparato di recente* un bastoncello di legno, e poi con esso si tocca tutta la superficie della mucosa procidente, fino a che essa non ha assunto un colore giallo verdognolo, e non è diventata discretamente rigida. Quest' operazione è raramente tanto dolorosa da esigere l' uso del cloroformio. Solo quando i malati possono attivamente far rientrare il prolasso, è assai difficile indurli a non farlo; in tali casi perchè riesca completa la cauterizzazione devonsi continuamente eccitare i malati perchè si spremano. Se un malato desidera assolutamente la narcosi per essere cauterizzato allora esso deve porsi nella posizione indicata per la cistotomia, e se i nodi emorroidari non sono già fuori, devono essere estratti con un doppio uncino; però, quando si possa, devesi ciò impedire, poichè ad un tale procedimento segue sempre qualche emorragia, e così si perde uno dei vantaggi principali del metodo curativo. Il punto di passaggio della cute alla mucosa non deve essere cauterizzato, riescendo ciò doloroso ed inutile. Invece del bastoncello di legno potrebbe adoperarsi anche una bacchettina di vetro, però con questa più facilmente si lasciano cadere goccie di acido che possono offendere la cute in altre parti. In ogni caso dovrà sempre aversi alla mano un pezzetto di spugna, per potere asciugare la pelle ogni qual volta un poco di acido scoli su di essa dalla mucosa cauterizzata. — Compiuta la cauterizzazione, si asciuga il prolasso, si unge attorno con olio, e si ripone al di là dello sfintere. Se i nodi emorroidali tornano ad escir

fuori nella notte che segue alla operazione, la guarigione non rimane affatto pregiudicata; solo in tali circostanze affine di mitigare il dolore, si dovranno porre sul prolasso delle pezzuole bagnate con acqua vegeto-minerale fredda. I dolori raramente persistono a lungo dopo i riposti nodi emorroidali; nel caso però che essi abbiano a continuare, potranno mitigarsi con una supposta contenente un 1|4 di grano di morfina. Il paziente dopo l' operazione deve restare in camera, o sul letto o su di un divano, e nel giorno seguente la sua dieta deve limitarsi a zuppa e poco pane. Di rado sopravviene movimento febbrile. Nel primo giorno, suole presentarsi ritenzione di orina, come succede per ogni altra operazione nel retto, in tal caso si procura di favorire l' escrezione dell' orina, o con cataplasmi caldi sulla regione ipogastrica, ovvero con bagni tiepidi; se non si riesce deve procedersi con *precauzione* al cateterismo. L' A. dice, con precauzione, perchè in tali casi la ritenzione dell' orina dipende per lo più da spasmo dello sfintere, il che rende spesso impossibile il cateterismo, ove non si proceda con quiete, e non si adopri un catetere sottile, che deve essere spinto con leggierissima pressione. Nei casi peggiori, devesi per riuscire narcotizzare il malato. È però da avvertire, chè in parecchi casi non si osserva alcuna influenza dell' operazione sull'escrezione dell' orina. Nei giorni seguenti, anche senza somministrare all' uopo alcun rimedio, di rado si hanno evacuazioni di ventre. Passato il quarto giorno, se non si è avuta alcuna scarica, si dovra somministrare un cucchiaio d' olio di ricino. La prima defecazione dopo l' operazione è molto dolorosa, in parecchi individui, cessano però i dolori dopo la terza o la quarta scarica; l' escara si distacca senza emorragia e ne' casi favorevoli mai più si presenta il prolasso. *Billroth* con questo metodo di cura non trattiene i malati nell' ospedale più di 5 o 9 giorni, perchè in fine ad essi i pazienti si sentono per lo più perfettamente guariti.

Come casi gravi per riguardo al decorso, sono da designarsi quei pochi ne' quali l' escara si distacca nel 5 all' 8 giorno nel momento della defecazione, con emorragia, e dolori abbastanza forti; in tali casi possono spesso passare 10-12 giorni, prima che si abbiano scariche alvine senza dolore, e del tutto prive di sangue. Di più il prolasso suole in allora tornare a presentarsi, ma però ogni giorno in grado minore; nei casi gravissimi la retrazione delle ultime pieghe si verifica solo dopo 6-8 settimane. Per questi malati non è stato però mai necessario il doverli tenere in camera più di 14 giorni. Per conseguenza anche nel decorso più sfavorevole, la guarigione sopravviene in tempo relativamente breve,

per questa malattia spesso pericolosa per le emorragie alle quali dà luogo. Le emorragie che si verificano nella caduta delle escare, raramente sono tanto gravi, come quelle che si avevano prima dell' operazione ad ogni scarica alvina: l' A. mai ha avuto necessità di ricorrere per esse a mezzi speciali, ed anche le più gravi ha potuto sempre frenare con l'applicazione de' pezzetti di ghiaccio.

La cauterizzazione del prolasso emorroidario con l' acido nitrico, quando sia ben fatta non ha bisogno di essere ripetuta per produrre la guarigione: questa, ne' casi operati dall' A. è stata sino ad ora durevole, e mai dopo di essa si sono presentati fenomeni di restringimento.

L' A. dice infine, sulla scorta di *Curling*, che ne' casi gravissimi in cui l' acido nitrico potrebbe riuscire insufficiente a produrre la guarigione stabile, può invece di esso tentarsi con fiducia anche il nitrato acido di mercurio.

BIBLIOGRAFIA

Clinique Chirurgical, Mémoires de Chirurgie et d'Obstétrique, par le Professeur F. Rizzoli, *Chirurgien en chef de l'Hopital-Major de Bologne (Italie), traduit de l' Italien par le Doct.* R. Andreini. *Paris 1872.*

Ci fu ben grato poter annunciare, corsero omai tre anni, che l' illustre nostro Prof. Comm *Francesco Rizzoli*, accondiscendendo a replicate e vive istanze di molti colleghi, discepoli e ammiratori, aveva in bell' ordine riunite tutte le sue Memorie e mandatele in luce in due grossi Volumi, corredati con 23 tavole litografate.

Oggi n' abbiamo anche maggiore la compiacenza nel dichiarare che quelle sue Memorie, per condegna estimazione ed altezza d' affetti, furono tradotte in lingua francese, e comprese in un bel Volume di 612 pagine, a testo grande, con 103 figure intercalate nel testo, e più aggiuntevi ulteriori Memorie dello stesso ch. Autore, ed eziandio note dell' esimio Dott. *Rinaldo Andreini*, non che dei Dottori *Prengrueber* e *Dubos*, i quali lo coadiu-

varono nella nobile, difficile e laboriosa impresa; onde se n' abbian pur essi la nostra gratitudine. Volume or ora edito in Parigi dal libraio *Adriano Delahaye, place de l' ecole de médecine.*

Splendida dimostrazione di ben meritata e grande stima è stata questa, la quale non tanto dà sicura prova del sommo pregio in che sono tenute le invenzioni e le scoperte del nostro *Rizzoli* pe' nuovi metodi proposti, pe' nuovi congegni adoperati, pe' molti utili cambiamenti messi in pratica, e lì per lì ne' casi di ardue operazioni e di anomalie, e ben anco per quanto riflette la sua diletta Ostetricia.

Ma non è solamente bella per sè quell' addimostrazione, ma per l' Italia nostra, per la Scienza; e le originali dottrine e i nuovi ingegnosi meccanismi, più facilmente verranno conosciuti e pregiati dagli Stranieri, vôlti che sono in una lingua, la quale può dirsi è universalmente intesa, e così per ogni dove propagatine gli studi del *Rizzoli* che segnano un reale e grande progresso nelle chirurgiche teorico-pratiche discipline.

Deesi quindi per tutto ciò porgere grazie cordialissime allo *Andreini* principalmente, ed essergliene oltre maniera gratissimi, anche perchè di pienissimo accordo coll'Autore ha potuto in questa ristampa dare al complesso del lavoro un ordinamento meglio conforme alle disaminate materie, e sono stati ognora più avvicinati alcuni gruppi affini, sicchè par quasi ch' una cosa, scenda dall' altra senz'interruzione di tempo, senza varietà di concetto; e per avere tuttavia collocate al suo natural posto le molte figure le quali fan note e spiegano più facilmente le cose dichiarate, o gli istrumenti adoperati; di qualità da ottenerne un rilevante vantaggio pella maggiore attenzione e pel maggior dilettamento ed utile che ne vengono ai leggitori; i quali ne ammireranno ancora la purezza, l'eleganza e la fedeltà della traduzione.

Erano palesi le virtù scientifiche e pratiche del *Rizzoli* a' più celeberrimi Estranei, e molti lo citarono a grande maestro e lo seguirono sopra varii e tra più difficili argomenti in Chirurgia; forse taluno però non ne potea appieno apprezzare il molto valore. La reverenza mostrata dallo *Andreini* per le onorate e lunghe fatiche dell' illustre Clinico bolognese è valsa a chiarirlo onninamente, e a mostrar pure che questa Patria che ci è comune deve per sentimento e per debito a un tant' Uomo nudrirne la massima ammirazione; a Lui che, se bene sopracca-

ricato di pensieri e di cure ad alleviare le altrui sofferenze, non intermette da suoi cari studi, e senza badare al logorio della propria vita indefesso li dura, concedendo ad essi quello scarso tempo che Gliene avvanza. Deh ciò non gli abbrevii il periodo d'esistenza più lungo che n'è conceduto al genere umano!

Ferdinando Verardini

Piccolo Codice Medico ad uso delle Madri di famiglia. — *Del Dott.* David Bartolozzi *(Pescia 1871).*

« Di fronte alla spaventevole ed ognor crescente mortalità che si verifica ovunque dei bambini lattanti ho creduto far opera di pratica utilità riunire in opuscoletto tascabile con linguaggio facile e popolare i precetti più sostanziali per le nutrici, alla non conoscenza o mal applicazione dei quali si debbono attribuire per la massima parte e il facile sviluppo delle malattie e la cessazione della vita di questi delicati esseri. » Così l'autore; il quale giovandosi delle moltissime osservazioni di una lunga pratica propria e degli studi di illustri nazionali e stranieri dettò un vero *vade-mecum* delle madri e delle balie alle quali appunto ei dedica l'opera sua. Piccolo di mole egli è però ricco di saggissimi precetti di ogni cosa che riguardi il bambino dal suo nascere fino all'epoca dello slattamento. Dalle prime cure che Egli tratta in ispecie riguardo alle stagioni, passa a parlare della alimentazione del neonato e ricorda alle madri il vecchio adagio degli inglesi — *il latte salubre pei piccoli bambini è vita e qualunque altro alimento è morte.* — Memore però delle tante eventualità che possono costringere alla alimentazione mista, dà savie norme per effettuarla affine di evitare le fatali conseguenze di una artificiale e sregolata nutrizione. Espone le cautele da usarsi nel vestire i bambini, nel tenerli corricati, nella loro nettezza in ispecie del capo, per l'opportunità e modo di far uso dei bagni e per far prender aria al bambino, nell'intento di regolare e favorire lo sviluppo del tenero corpiccino, quanto di evitarne i raffreddamenti e le facili congestioni, di allontanarne le affezioni cutanee, e di cor-

reggerne i temperamenti. Tocca delle indisposizioni e delle malattie e fa ben avvertite le madri della necessità dell' uomo dell' arte, potendo una chiamata a tempo del medico guarire una creaturina carissima, che non curata potrebbe perdersi. I danni che risentono i bambini per cure irrazionali e per pratiche strane sì delle balie che delle *medichesse* e per l' uso di oggetti impropri sono opportunamente accennati e sono bellamente combattute le false opinioni ed i perniciosi pregiudizi che corrono nell'allevamento di quei piccoli esseri. Discorre della dentizione e sull' ordine di uscita dei denti, ammettendo per proprie osservazioni quella accennata dal *Bouchut*; collega a questo sviluppo l' epoca dello slattamento dettando giuste norme a seguirsi in tale circostanza. Porge infine ottimi consigli alle madri ed alle nutrici sul modo a comportarsi verso i neonati sì dal lato della propria nutrizione, delle occupazioni, del moto, della nettezza, quanto nello stato di indisposizione, malattia, o di nuova gestazione.

Sarebbe desiderabile che librettini siccome cotesto non rimanessero cogniti solo a pochi ed in ristretta provincia ma fossero estesamente divulgati, così che ogni madre ed ogni nutrice conoscendoli, potesse seguirne i precetti ed i consigli, certi di ottenerne i vantaggi promessi, conservando tante vite tenerelle, gioie e speranze delle famiglie.

A. Capuri

VARIETÀ

Congresso Medico di Francia

Questo Congresso avrà luogo a Lione il 18 Settembre 1872. Gli italiani che vorranno prenderne parte non debbono che far pervenire le loro domande al Dott. *Dron* Segretario ed anche al Prof. *Palasciano* Direttore dell' Archivio di Chirurgia pratica a Napoli, Deputato al Parlamento.

L' ammissione per gli stranieri è gratuita e gli statuti sono i consueti.

Programma (1)

I. Questione. *Delle Epidemie di vaiuolo.* — Proponendo questa questione, la Commissione è stata guidata nella sua scelta dalla gravità dell' epidemia di vaiuolo che viene a desolare la Francia, dopo avere colpito una parte dell' Europa e che domina tuttora in grande numero di località dell' antico e del nuovo mondo. — Le è sembrato importante di centralizzare le osservazioni che hanno potuto essere fatte nelle diverse regioni colpite dal flagello, e di raccogliere un insieme di documenti propri a rischiarare la storia della malattia, e a farne apprezzare la gravità, le cause e il modo di propagazione. — La Commissione avverte che la natura della questione

(1) Coi commenti posti sotto l' enunciato di qualcuna delle quistioni da trattarsi, la Commissione non ha voluto circoscrivere a un numero limitato di punti, i soggetti che possono essere svolti nelle comunicazioni; essa intende al contrario di lasciare a queste tutta la latitudine, tutta la generalità possibile, e soltanto ha inteso di indicare i lati della questione che le sembrano più particolarmente interessanti, sia per la loro attualità, sia per il carattere pratico.

porta allo studio dei mezzi da usarsi per prevenire la formazione, o per arrestare il corso delle epidemie di vaiuolo simili a quelle a cui siamo andati soggetti; essa richiama a questo proposito più specialmente l' attenzione sopra certi punti relativi alla vaccinazione, quali sono il valore comparativo delle diverse varietà di vaccino, la vaccinazione animale, e le misure di polizia sanitaria che dovrebbero essere consigliate in Francia, a scopo di favorire e di assicurare la propagazione del vaccino.

II. Questione. *Delle ferite d' arma da fuoco.* — La commissione richiama specialmente l'attenzione dei membri del Congresso sui punti seguenti: 1. Effetti primitivi e consecutivi dei nuovi proiettili sui tessuti viventi: — discutere la questione delle palle esplosive. 2. Indicazioni rispettive dell' espettazione metodica, delle amputazioni e delle resezioni nelle fratture diafisarie e articolari. Studiare comparativamente questi tre metodi sotto il punto di vista della mortalità e della conservazione delle funzioni dell' arto. 3. Modi di medicare le ferite, più propri a prevenire le loro complicazioni e il trasporto dei feriti a grandi distanze.

III. Questione. *Delle ambulanze in tempo di guerra.* — Questa questione s' imponeva alla scelta della Commissione in ragione degli avvenimenti ai quali abbiamo di recente assistito e che hanno mostrato, in Francia almeno, l' insufficienza del servizio sanitario in tempo di guerra. La commissione richiama espressamente l' attenzione dei membri del Congresso sui punti seguenti: 1. Studio comparativo delle ambulanze sotto il punto di vista della loro organizzazione nelle differenti nazioni. 2. Dei rapporti del capo d' ambulanza col comandante militare. 3. Dei rapporti del servizio sanitario regolare colle ambulanze libere.

IV. Questione. *Della peste bovina o tifo contagioso del grosso bestiame.* — La commissione segnala più particolarmente l'importanza delle seguenti ricerche: Sulle perdite che l' ultima epizoozia, che domina ancora, ha fatto provare all' agricoltura nelle diverse parti della Francia; sullo studio comparato di questa affezione colle altre malattie virulenti, epidemiche e epizootiche, dell' uomo o degli animali, colle quali essa può avere analogia: sui diversi modi di propagazione della peste bovina: sui mezzi più atti ad arrestarne i progressi o a prevenirne il ritorno. Infine sulla legislazione sanitaria relativa al tifo, nei diversi paesi d' Europa.

V. Questione. *Delle cause del difettivo aumento di popolazione in Francia e dei mezzi di rimediarvi.* — La commissione, adottando questa questione così formulata, non ignora che il difettivo aumento di popolazione in Francia non è assoluto. La sua popolazione si accresce, e vero, ma questo accrescimento va sempre diminuendo in intensità, ed è assai minore di quello delle altre nazioni d' Europa e dell' America.

Da ciò consegue che la nostra forza relativa diminuisce ogni giorno.

Le cause di questa diminuzione, troppo numerose per essere qui enumerate sono di due ordini: da una parte la diminuzione graduale delle nascite; d' altra parte la mortalità enorme dei bambini: doppio aspetto della questione da mettere in chiaro.

1. La diminuzione delle nascite proviene da condizioni numerose che gli autori dovranno valutare, condizioni che mettono ostacolo ai matrimoni, o li rendono poco fecondi, quali sono le grandi armate permanenti, il lusso esagerato, la vita licenziosa, l' alcoolismo ec.

2. Nell' esame delle cause della mortalità dei bambini, gli autori dovranno determinare l' influenza dell' allattamento artificiale, della industria delle nutrici, degli uffici per dare a balia i bambini, dei presepii, della vaccina, delle abitazioni ecc. e a comparare sotto questo rapporto i risultati degli usi o dei sintomi adottati in differenti paesi.

3. La commissione desidera che gli autori, dopo avere studiato le cause del diminuito aumento della popolazione della Francia, formulino in modo abbastanza chiaro e preciso i mezzi pratici valevoli ad accrescere le nascite e a diminuire la mortalità dei bambini.

VI. Questione. *Della cura della sifilide.* — Il potere del mercurio contro la sifilide è incontestabile. Ma si è avanzato che non è opportuno di amministrarlo indistintamente a tutti i sifilitici e in tutti i periodi della sifilide. Esistono realmente casi di sifilide, nei quali, non solamente si può ottenere la guarigione senza mercurio, ma nei quali ancora sia preferibile di astenersi da questo rimedio? D' altra parte, il mercurio deve essere amministrato dall' esordire dell' accidente primitivo? O si fa meglio, al contrario, di cominciarne l' uso solo all' apparire degli accidenti generali della sifilide?

Si può sperare la guarigione radicale con un solo metodo di cura mercuriale, e si può intraprendere questo

con tale mira? O bisogna contentarsi di ottenere la disparizione delle successive manifestazioni di cui si compone l' evoluzione totale della malattia? Nel primo caso quale deve essere la durata di una cura reputata curativa? Nel secondo caso, tutti gli accidenti, qualunque siano, o appariscono isolati o riuniti, indicano obbligatoriamente, al loro primo manifestarsi, la ripresa della cura mercuriale?

Quale importanza si può attribuire ai mezzi di cura locale contro certe forme e certe recidive?

Il metodo di cura per assorbimento cutaneo o sotto cutaneo (metodo di Lewin) merita, sia in modo generale, sia in qualche caso da specificarsi, di essere preferito al metodo di cura usuale per assorbimento da parte degli organi digestivi?

Quale è il valore, quali sono le indicazioni comparative dei mercuriali e delle preparazioni di iodio?

Stabilire con fatti precisi qual vantaggio il medico può ritrarre dall' uso delle acque minerali, e in particolare delle acque solforose nella cura di tale o tale altra forma di sifilide.

VII. Questione. *Della riorganizzazione dell' insegnamento della medicina e della farmacia in Francia.*

VIII. Questione. *Dei mezzi pratici per migliorare la situazione del medico e metterla in armonia coll' importanza della parte ch' è chiamato ad adempiere in Società.*

La commissione richiama sopratutto la discussione sui punti seguenti: 1 repressione efficace dell' esercizio illegale della medicina e della farmacia; — 2 instituzione delle camere sindacali; — 3 regolamento più equo dei rapporti tra i medici e le società di mutuo soccorso.

Queste questioni saranno trattate nell' ordine delle loro inserzioni al programma. Così: La prima sarà trattata il mercoledì 18; — la seconda il 19; — la terza il 20; — la quarta il 21; — la quinta il 23 lunedì; — la sesta il 24; — la settima il 25; — l' ottava il 26.

Per la commissione organizzatrice.

Il Presidente — *P. Diday*

Il Segretario generale — *Achille Dron.*

Numero dei sordo-muti in Europa.

Dasent nel communicare i risultati incoraggianti del suo metodo di educazione dà gli interessanti ragguagli che seguono.

Vi hanno, secondo lui, sopra la terra 700 sordo-muti per milione d' abitanti, e cioè 200,000 in Europa soltanto.

Nei paesi montuosi, come la Svizzera, e la Savoja il numero è assai più forte. Nel Cantone di Berna per esempio avvi un sordo-muto per ogni 195 abitanti, lo che eleva il totale a 5, 128 per milione. Si può ritenere che il numero dei sordo-muti sopra la terra sia di 700, 000.

Nelle regioni montuose della Gran Brettagna la proporzione è presso a poco la medesima. Nella parte settentrionale della Scozia si trova un sordo-muto in 196 abitanti. La proporzione per la Gran Brettagna tutta intera è di 1 a 1,660; in Irlanda ella è di 1 a 1,380.

Nel censimonto del 1861, 12,553 persone delle quali 6,884 maschi, e 5,669 femmine furono trovate prese da questa crudele infermità nell' Inghilterra; e nel corso dei 20 ultimi anni questo numero è ancora aumentato.

È curioso il rimarcare che in tutta la terra il numero dei sordo-muti di sesso maschile è più elevato di quello del sesso femminino. Questa proporzione per l' Inghilterra è di 121 maschi, a 100 femmine.

Ora che è compiuto il nuovo censimento in tutto il Regno d' Italia, non sarebbe desiderabile che qualcuno raccogliesse le cifre dei sordo-muti di ogni Provincia, e ne dicesse il totale per farne vero e retto confronto con quello di altre nazioni?

Censimenlo della Popolazione del Comune di Bologna.

Da un Quadro del Censimento della popolazione del Comune di Bologna favoritoci gentilmente dal Municipio togliamo le seguenti cifre riassuntive.

Alla mezzanotte del 31 Dicembre 1871 si trovavano:

Case abitate nella Città		N. 5,053
nel Forese		» 1.894
		N. 6,947
Case vuote in Città	N. 10	
nel Forese	» 299	309
	Totale	N. 7,256

Popolazione presente nella Città	N. 84,551
nel Forese e Campagna	» 26,397
Totale	N. 110,948

Stato Civile

Celibi occupati	Maschi	24,344	Femmine occupate	11,728
disoccupati	»	10,511	» disoccupate	20,883
	Totale	34,855		32,611

Età

Dalla nascita ai 15 anni				Dai 15 ai 30 anni			
Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
Occupati	5,108	Occupate	2,506	Occupati	15,592	Occupate	6,855
Disoccup.	9,694	Disocc.	12,914	Disoccup.	510	Disoccup.	8,199
	14,802		15,420		16,102		15,054

Dai 30 ai 60 anni		Dai 60 anni in sù	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Occupati 20,446	Occupate 7,343	Occupati 4,879	Occupate 2,113
Disoccup. 549	Disocc. 14,081	Disoccup. 750	Disoccup. 4,418
20,995	21,424	5,629	6,531

Totale

Maschi occupati	46,025	Femmine occupate	18,817
disoccupati	11,503	disoccupate	39,612
	57,528		58,429

Nascita

Totale		Nati nel Comune	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
57,528	58,429	31,904	32,020

Nati in altro Comune		Nati fuori dello Stato	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
22,789	23,967	177	91

Religione

	Maschi	Femmine
Cattolica	56,600	57,861
Evangelica	179	156
Israelitica	174	145
Di altre religioni . .	575	267
Totale	57,528	58,429

Individui affetti da cecità, sordomutismo, imbecillità ed alienazione mentale

		M	F
Ciechi da ambo gli occhi .	dalla nascita. .	38	15
	dopo la nascita.	64	52
Sordo-muti.	dalla nascita. .	46	39
	dopo la nascita .	18	13
Imbecilli o scemi di mente.	dalla nascita. .	17	8
	dopo la nascita.	16	12
Mentecatti		159	172

Errori incorsi nel Fascicolo di Gennaio-Febbraio 1872

Pag. 10 linea ultima	inviano	indiano
» 13 linea 27	se porsint . . .	se possint
» 20 linea 23	mutus	motus
» 33 linea 21	præsertis . . .	præsertim

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Sulla vaccinazione animale in Bologna . . . . . pag. 245
Lancetta coperta inoculatrice . . . . . » 246
Aggiudicazione del concorso al Premio Gajani 1870 . . . » 248

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Tre casi di broncocele esportati con successo. Won Warren Greëne » 250
Tre casi d'empiema vantaggiosamente curati con ampia apertura » 255
L' elettricità nell' alienazione mentale. — Arnt . . . . . » 259
Embolismo dell' arteria vertebrale, paralisi del glossofageo. . » 260
Percloruro di ferro all' interno ad alta dose nel trattamento della difterite e specialmente dell' angina pseudo-membranosa. — *dott.* J. M. Noury . . . . . » 261
Contribuzione alla conoscenza della difterite. — L. Letzerich. » 262
Sulla difterite. — Idem . . . . . » 264
Sulla natura della difterite. — Idem . . . . . » 266
Sopra le azioni della digitalina, sul circolo e sulla temperatura. — *prof.* Ackerman . . . . . » 268
Delli gas del sangue. — *dottori* Mathieu *ed* Urbain . . . . » 272
Dei disturbi psichici derivanti dalle ferite del cranio. — *dott.* De Kraff-Ebing . . . . . » 274
Della diminuzione istantanea nella frequenza del polso come segno precursore di complicazioni cerebrali. — *dott.* G. Gray. » 275
Sulla estrazione dei corpi estranei dell'orecchio. — *dott.* C. Miot. » 276
Della pleurite e della toracentesi. — G. I. Woillez . . . . » 282
Sugli effetti terapeutici dell' ossigeno. — Burresi *prof.* Pietro. » 287
Cura del prolasso emorroidale . . . . . » 290

BIBLIOGRAFIA

Clinique Chirurgical, Mémoires de Chirurgie et d' Ostétrique, par le prof. F. Rizzoli, *traduit de l'Italien par le doct.* R. Andreini. . . . . » 293
Piccolo Codice Medico ad uso delle Madri di famiglia, del dott. David Bartolozzi . . . . . » 295

VARIETÀ

Congresso Medico di Francia . . . . . » 297
Numero dei sordo-muti in Europa . . . . . » 301
Censimento della popolazione del Comune di Bologna . . . » 302

Condotte Medico-Chirurgiche

—

Comune di Trenno (Milano). — A tutto Maggio è aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica di Trenno Milanese ed uniti, residenza in Trenno, coll' annuo stipendio di L. 2800, coll' obbligo del cavallo e legno.

Comune di Civitella del Tronto (Teramo). — Concorso aperto a tutto Maggio alla condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 2000.

Comune di S. Pietro in Casale (Bologna). A tutto Maggio è aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 1790, per la sola cura gratuita delle famiglie povere.

Comune di Sinalunga (Siena). — Condotta medico-chirurgica, concorso a tutto Maggio, stipendio L. 2000 annue.

Comune di Consigni (Perugia). — A tutto il 10 Giugno è aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 1500 oltre l' abitazione e rimborso di spese pel viaggio.

Città e Comune di Avezzano (Abruzzo Ultra). — A tutto Giugno è aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica coll' annuo assegno di L. 2400.

Municipio di Camporosso (Porto Maurizio). — A tutto il 1° Luglio resta aperto il concorso alla condotta medico-chirurgica coll' assegno annuo di L. 1600.